

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

N°

451

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges DONET

Né le 19 décembre 1905, à La Roche-sur-Yon (Vendée)

L'ACIDE PICRIQUE

EN

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(ET EN PARTICULIER
DANS LE TRAITEMENT
DES ENDOCERVICITES)

Président : M. le Professeur J.-L. FAURE

PARIS

ÉDITIONS « SCIENCES & THÉRAPEUTIQUE »

53, rue Réaumur, 53

1932

DOCTEUR GEORGES DONET

L'ACIDE PICRIQUE
EN THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE
(ET EN PARTICULIER DANS LE TRAITEMENT
DES ENDOCERVICITES)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges DONET

Né le 19 décembre 1905, à La Roche-sur-Yon (Vendée)

L'ACIDE PICRIQUE

EN

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(ET EN PARTICULIER

DANS LE TRAITEMENT

DES ENDOCERVICITES)

Président : M. le Professeur J.-L. FAURE

PARIS

ÉDITIONS « SCIENCES & THÉRAPEUTIQUE »

53, rue Réaumur, 53

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie...	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	N...
	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	LIAN.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie expérimentale	TROISIÉRE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	{	GUENIOT.
Anatomie pathologique		LEQUEUX.
Parasitologie		LEROUX.
Histologie		NEVEU-LEMAIRE.
Physique		RETTERER.
		ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA MERE

*A qui je dois tant, en témoignage
de ma tendresse et de ma
grande affection.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
notre Thèse.*

A M. LE DOCTEUR THIERY
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

*Qui nous a apporté l'appui de sa
longue expérience, en le
remerciant très sincèrement.*

A M. LE DOCTEUR E. DOUAY
CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES A L'HOPITAL BROCA

*Qui nous a vivement encouragé à
écrire ce travail et nous a
aidé de ses précieux conseils.*

A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR BOSC

A M. LE DOCTEUR MANSON
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JACQUES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de fidèle attachement
et de reconnaissance
respectueuse.*

A M. LE DOCTEUR JACQUES GUILLOT
AIDE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX

*Avec ma respectueuse admiration,
et en le remerciant de
tout ce qu'il m'a appris.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE TOURS

M. LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS.

M. LE DOCTEUR DENOYELLE.

M. LE DOCTEUR LAPEYRE.

M. LE DOCTEUR CHEVE.

M. LE DOCTEUR VIALLE.

M. LE DOCTEUR BONNIN.

M. LE DOCTEUR DUBREUIL-CHAMBARDEL (*in memoriam*).

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR PECHARMANT
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JACQUES

A M. LE DOCTEUR R. BONNEAU
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JACQUES

A M. LE DOCTEUR EUDEL
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JACQUES

Introduction

Chacun sait que les affections gynécologiques en général et les métrites en particulier sont considérées comme très rebelles. Bien souvent, elles défient la patience du malade et du médecin... N'ont-elles pas une tendance désespérante à la chronicité à cause de certaines dispositions anatomiques. Pourtant, leur fréquence est aussi grande que leur ténacité et les endocervicites se rencontrent à chaque instant dans les services de consultation ou en clientèle. Or, quand une métrite est installée, quel qu'en soit le degré, on n'a jamais le droit de la considérer comme une affection négligeable : il faut de toute nécessité la bien traiter. Ceci semble facile quand on considère la richesse de l'arsenal thérapeutique utilisé en gynécologie, lequel a profité des recherches biologiques modernes. On peut se demander pourtant si le grand nombre des agents thérapeutiques employés n'est pas une preuve de leur efficacité souvent très limitée, douteuse parfois, ne constituant en somme que des traitements très infidèles. Parmi eux, il en est, qui après avoir connu une vogue éphémère tombent dans un oubli relatif. Tel est le cas de l'acide picrique.

Cette méthode, vieille de plus de trente ans, dont la paternité doit être attribuée à RICHELOT et qui fut reprise et mise au point par le Docteur SIREDEY dans son service à Saint-Antoine, semble être tombée en désuétude malgré la notoriété de ses promoteurs. Inconnue des uns, abandonnée des autres qui lui préfèrent des procédés plus modernes, elle n'en a pas moins été conservée dans le service du Professeur J.-L. FAURE où elle est employée depuis plus de quinze ans. Les succès qu'elle donne nous obligent aujourd'hui à la réhabiliter et nous nous proposons, dans ce modeste travail, de reprendre la question de l'acide picrique dans

le traitement des affections des voies génitales inférieures, de montrer sa valeur et d'exposer les techniques de traitement qui nous semblent les plus dignes d'être retenues.

Nous étudierons succinctement d'abord l'acide picrique au point de vue chimique, ensuite ses propriétés antiseptiques, analgésiques et kératoplastiques en insistant sur ces dernières qui forment un peu la clef de voûte des applications thérapeutiques de cet agent.

Nous passerons en revue les inconvénients formulés contre l'acide picrique sans oublier de dire ce que nous pensons au sujet de sa toxicité.

Après avoir rappelé les lésions anatomiques des cervicites et leurs processus de guérison, nous exposerons les différents emplois de l'acide picrique dans le traitement des vulvites, vaginites, métrites.

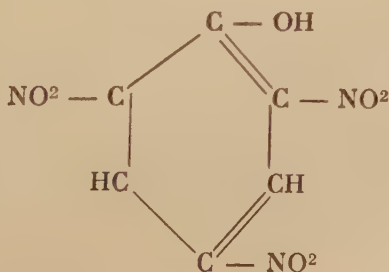
Les résultats seront ensuite mentionnés, résultats rendant compte d'une expérimentation déjà longue et à laquelle nous empruntons un certain nombre d'observations.

CHAPITRE PREMIER

I. — L'ACIDE PICRIQUE AU POINT DE VUE CHIMIQUE

On se perd en conjectures quant à la date de la découverte de l'acide picrique : 1771 disent les uns, 1787 assurent les autres. Quoi qu'il en soit, du reste, ce n'est que beaucoup plus tard, vers 1880, que l'acide picrique fut utilisé en médecine et en chirurgie dans un but thérapeutique.

L'acide picrique tira son nom du grec *pikros* qui signifie, « amer » et qui vient de l'amertume que présentent ses cristaux et ses solutions, propriété qui fut utilisée dans la falsification des bières. Les synonymes sont nombreux, les uns tirés de son amertume, les autres de sa composition chimique ou de l'origine de sa synthèse : acide carbazotique, nitroxanthique, nitropicrique, trinitrophénique, acide azo-carbonique, phénol trinitrique. La formule que lui attribue FERRAND et qu'adoptent les chimistes est $C^6 H^3 O (NO^2)^3$ qui se développe comme suit :



Il peut être obtenu par plusieurs procédés, en particulier par l'action de l'acide nitrique sur un fort grand nombre de substances : l'indigo, la salicine, la coumarine, la phloerhizine (écorce de pommier), l'aloès, l'acide phénique, les pétroles, le benjoin. De même, il se produit lorsqu'on fait agir l'acide nitrique sur des corps organiques d'origine animale tels que la soie et la laine.

Il se produit chaque fois qu'un phénol est mis en contact avec l'acide azotique à 36° Baumé, c'est donc un trinitrophénol.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. — Il se présente à l'état cristallin, soit sous forme de prismes dérivant de l'octaèdre rhomboïdal, soit sous forme de lamelles rectangulaires allongées. Sous l'une ou l'autre de ces formes, les cristaux d'acide picrique pur sont d'une couleur jaune clair, jaune citron. Quelques auteurs disent que sa coloration peut varier suivant les circonstances de sa préparation, depuis le jaune verdâtre (jaune soufre) jusqu'au jaune rougeâtre. C'est que l'acide picrique est alors impur. Préparé avec soin et purifié dans les laboratoires, il est toujours clair et les cristaux en sont brillants.

Au point de vue de sa pureté, l'acide picrique est un produit industriel, donc sujet à caution, et nous verrons plus tard l'intérêt qu'il y a à employer un produit d'une pureté non douteuse.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. — L'alcool, l'éther, la benzine le dissolvent aisément. Sa solubilité dans l'eau est faible et variable suivant des auteurs. WURTZ et BERTHELOT disent que l'acide picrique n'est soluble que dans 86 parties d'eau à 15°, soit 1,2 p. 100 et dans 26 parties à 77°. La solution employée par les partisans du pansement picriqué dans les brûlures (THIÉRY et ses élèves) est la solution à saturation, contenant le maximum d'acide picrique soluble et dont le taux correspond sensiblement à 12 p. 1.000. Les solutions dans l'eau sont toujours d'un jaune beaucoup plus foncé que les cristaux (jaune d'or), car le pouvoir colorant de l'acide picrique est tel qu'une solution de 1 milligramme par litre d'eau est encore sensiblement jaune.

II. — VALEUR ANTISEPTIQUE DE L'ACIDE PICRIQUE

S'il fallait un test pour établir la valeur antiseptique de l'acide picrique, on le trouverait dans le fait de la conservation indéfinie et de l'absence de fermentation des pièces anatomiques conservées dans les solutions picriquées.

Du reste, l'acide picrique est connu depuis longtemps comme antiseptique, puisque CURIE avait fait, en 1876, à l'Académie des Sciences, une communication intitulée : « De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des plaies ». CURIE et CHÉRON avaient, en effet, constaté son heureuse influence dans les plaies suppurantes et ils avaient remarqué que l'acide picrique supprimait l'inflammation et diminuait la suppuration. Dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, de 1880, CHÉRON dit que l'acide picrique conserve les matières animales et coagule l'albumine. Or, c'est cette dernière action — coagulation de l'albumine — qui explique les propriétés antiseptiques de l'acide picrique.

On peut facilement se rendre compte de ces propriétés en ajoutant de l'acide picrique à un bouillon de levure de bière; on constate, après un temps très faible, que la prolifération des cellules de la levure est arrêtée. On s'explique aussi, d'après cette action coagulante, pourquoi la farine de moutarde délayée dans une solution picriquée ne laisse dégager aucune trace d'essence de moutarde; c'est que le ferment myrosine se trouve coagulé par l'acide picrique et ne peut plus exercer son action sur le myronate de potasse pour produire l'essence de moutarde. De plus, si on ajoute à un mélange de fécule et de levure de bière une petite quantité d'acide picrique, il ne se produit pas de fermentation,

et même au bout de vingt-quatre heures et à une température de 25°, on ne constate pas de glucose dans le mélange. La germination des graines se trouve également arrêtée.

L'acide picrique arrête le développement de la fermentation ammoniacale et CHÉRON déclare avoir obtenu une désinfection complète d'un cabinet d'aisances d'hôpital en y versant 10 litres de la solution saturée d'acide picrique. D'après l'auteur, sa valeur désinfectante a d'autant plus d'intérêt que l'acide picrique est fixe et inodore et que, par conséquent, il ne peut en aucune façon, comme l'acide phénique ou comme tant d'autres produits volatils et odorants, masquer les odeurs fétides et donner le change sur sa valeur désinfectante.

Mais l'action antiseptique a surtout été étudiée par JULIAN DE LA CROIX sur des germes en voie d'évolution dans les liquides où ils avaient pris naissance. D'après lui et aussi d'après NOTHNAGEL et ROSBACH, qui se sont livrés à des études comparatives sur le pouvoir antiseptique des divers agents chimiques, l'acide picrique serait supérieur à l'acide phénique et au permanganate de potasse. Ces deux derniers auteurs ont avancé même que l'acide picrique était toxique pour les animaux inférieurs ainsi que pour les vers intestinaux. D'ailleurs, dans les traités modernes de thérapeutique, l'acide picrique ne figure-t-il pas au chapitre des antiseptiques organiques et les auteurs ne lui accordent-ils pas un pouvoir antiseptique très réel?

Tous les auteurs qui employèrent l'acide picrique dans le traitement des brûlures louent la valeur antiseptique de cet agent et disent n'avoir jamais rencontré de suppuration telle qu'on en voit souvent à la suite de brûlures traitées par d'autres méthodes.

PAPAZOGLU dit, dans sa thèse, qu'utilisant l'acide picrique dans le traitement des urétrites blennorragiques, après quatre ou cinq injections, il a cru inutile de rechercher le gonocoque après guérison, puisque le canal lui-même était absolument sec, et ajoute-t-il : « en nous basant sur ces résultats, nous croyons absolument à la propriété antiseptique de l'acide picrique ».

De l'examen de ces expériences et de ces opinions, il ressort que l'acide picrique est un réel antiseptique. Il est, du reste,

considéré comme tel dans la médecine vétérinaire où son emploi est quotidien. Le *Recueil de médecine vétérinaire* de 1897 contient un travail de DEYSINE et VAIRON dans lequel ces auteurs reconnaissent à l'acide picrique les avantages suivants : Bonne antisepticité dans le traitement des plaies; absence de suppuration dans les petites plaies et suppuration insignifiante dans les grandes.

Pour notre part et en nous fondant sur les résultats obtenus en gynécologie, les propriétés antiseptiques de l'acide picrique ne nous semblent pas niables. L'écoulement assez abondant qui suit, soit le premier pansement picriqué, soit l'application du premier ovule picriqué, amène nécessairement une désinfection mécanique de premier ordre : il y a dégorgement des glandes du col et les écoulements abondants entraînent un grand nombre de germes. Si *in vitro* l'acide picrique atténue assez faiblement la virulence des microbes dans les cultures, on ne saurait comparer l'action d'un médicament *in vitro* avec celle qu'il a *in vivo*. Or, on peut se demander si l'acide picrique n'a pas un pouvoir bactéricide, une action directe sur le microbe lui-même *in vivo*. Nous le pensons; comment admettre, en effet, qu'une simple action antiphlogistique puisse éteindre des inflammations aussi tenaces que celles des métrites chroniques, s'il ne s'ajoutait une propriété bactéricide incontestable de l'agent thérapeutique.

Loin de se contrarier, il nous semble plus logique d'admettre que ces deux actions s'ajoutent. Desquamation et balayage de la plus grande partie des microbes et atténuation de ceux qui ont échappé à l'action mécanique en même temps que les propriétés corrosives des liquides souvent irritants et sanieus qui suintent au niveau du col se modifient. La valeur bactéricide de l'acide picrique se trouve vérifiée par la disparition à l'examen microscopique des éléments microbiens des sécrétions, peu de temps après la mise en œuvre du traitement.

VALEUR ANTIPARASITAIRE DE L'ACIDE PICRIQUE. — C'est une propriété que nous ne pouvons manquer de mentionner quoique n'ayant pas, pour notre part, l'expérience de la question, n'ayant jamais eu à traiter de vulvites et de vaginites parasitaires. Pour-

tant, dans un récent article, paru dans la *Presse Médicale* du 16 mars 1932, le Docteur H. VIGNES, se basant sur d'impressionnantes références, semble montrer que la vaginite à « *trichomonas vaginalis* » n'est pas rare et que parmi les traitements proposés, le traitement picriqué, selon J.-R. GOODALL (de Montréal), serait un des meilleurs. Cet auteur, frappé de l'inefficacité et de la durée des traitements préconisés, conseille, en effet, l'emploi d'ovules qui se dissolvent lentement, conservant le vagin dans un bain antiseptique perpétuel. Il s'agit d'ovules au trinitrophénol (acide picrique) à 1 p. 100 qu'on introduit et qu'on immobilise à la partie profonde du vagin. On prescrit, en outre, une fois par jour, une injection acide ou neutre. Les résultats en seraient excellents.

III. — VALEUR ANALGÉSIQUE DE L'ACIDE PICRIQUE

C'est autour de la valeur analgésiante de l'acide picrique que se déroulèrent les débats du 12^e Congrès de Chirurgie d'octobre 1898. Il y eut, dès ce moment, dissentiments très nets et certains chirurgiens comme BERGER et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE déclarèrent le pansement picriqué — en particulier dans le traitement des brûlures — extrêmement douloureux, ce qui devait suffire à faire rejeter son emploi. D'autres chirurgiens, au contraire, tels REYNIER et MICHAUX, reconnaissaient à l'acide picrique, parmi de multiples et réels avantages, celui d'être au premier plan un analgésique.

Comment prendre parti dans ce débat? Le Docteur THIÉRY, qui fut le défenseur de sa méthode, est formel au sujet du rôle analgésique de l'acide picrique. « Sur des milliers de cas, dit-il, une seule fois la douleur a persisté atroce à la suite du pansement picriqué et a obligé à suspendre le traitement. Toutes les autres fois, la douleur s'est rapidement atténuée après avoir augmenté pendant quelques minutes. »

PAPAZOGLOU — un de ses élèves — dit dans sa thèse consacrée au traitement des brûlures par l'acide picrique, tout le bien qu'il pense de la valeur analgésiante de cet agent. « La douleur de la brûlure est calmée instantanément ou, pour mieux nous exprimer, aussitôt après l'application du pansement picriqué le malade éprouve une cuisson légère qui dure à peine une minute mais qui est toujours très supportable. Immédiatement, un calme bien-faisant survient et le malade, qui était en proie à des douleurs terribles, oublie complètement ses souffrances. » L'auteur dit même avoir vu des malades immédiatement pansés par l'acide picrique et chez lesquels le calme est revenu comme par enchantement.

CHÉRON, qui utilisa l'acide picrique en injections intravésicales (solution saturée d'acide picrique) dans le traitement de l'uréthrite, dit n'avoir jamais constaté de douleurs à la suite de la pénétration de cet agent dans la vessie; au contraire, les mictions qui auparavant étaient douloureuses devinrent indolores.

Dans le traitement du zona, les douleurs sont nettement calmées par l'éther picriqué et le Docteur Louis RAMOND qui, à la suite du Professeur CHAUFFARD, recommande la méthode, déclare « que ses malades ont été très soulagés par cette application et ont continué d'eux-mêmes sept à huit jours la méthode, sans inconvénients ». Pour lui, l'acide picrique jouit d'une action analgésiante manifeste.

Que constatons-nous en gynécologie où les affections sont si souvent douloureuses ? Dans le traitement des vulvites par les irrigations picriquées, on note une atténuation considérable des douleurs, de la cuisson et du prurit. Dans le traitement des métrites, peu après le début du traitement, les malades constatent une amélioration très nette de leur douleurs lombaires et périnéales, en même temps que cessent pesanteurs et tiraillements dans le bas-ventre. Il y a, en outre, diminution très sensible des irradiations douloureuses dans les cuisses qui sont si pénibles et rendent la marche si difficile.

IV. — KÉRATINISATION KÉRATOGENÈSE ET KÉRATOPLASTIE VALEUR KÉRATOPLASTIQUE DE L'ACIDE PICRIQUE

La propriété dominante de l'acide picrique qui prime toutes les autres et qui commande toutes les indications de cet agent, c'est son action spéciale, élective sur la cellule épithéliale.

L'attention a été attirée sur les propriétés kératoplastiques de l'acide picrique au moment des expériences sur l'emploi de ce corps dans la recherche de la glycosurie et, dès ce moment, le Docteur THIÉRY, qui s'est particulièrement occupé de la question, avait remarqué l'immunité contre les brûlures légères des surfaces dermo-épidermiques qui en étaient imprégnées.

Au point de vue thérapeutique, cette kératinisation des tissus par l'acide picrique est surtout ce que nous voulons étudier, et pour cela nous devons voir comment se comporte le processus réparateur des plaies en présence des différents topiques généralement employés.

UNNA a bien étudié cette question et ses remarques méritent une citation intégrale :

« La cicatrisation convenable des plaies cutanées dépend du rapport qui s'établit dans la formation des feuilletts méso et ectodermiques, — des bourgeons charnus irréprochables peuvent rester longtemps sans s'épidermiser, — ce qui se voit souvent dans nos pansements antiseptiques. Les deux feuilletts ne peuvent réagir de la même façon vis-à-vis des substances chimiques et des méthodes de pansement. Le phénol, l'acide salicylique, le sublimé un peu concentré sont directement kératolytiques; ils détruisent l'épiderme et empêchent la kératinisation. La kératinisation se fait alors malgré les antiseptiques, mais elle n'est pas favorisée par eux. La majorité des antiseptiques sont des oxydants, des

ozonides, en même temps des substances qui activent le bourgeonnement. »

Peu de substances réductrices peuvent être utilisées en médecine : tel est l'acide picrique, substance éminemment réductrice et kératoplastique.

Or, si l'influence réductrice de l'acide picrique peut être admise, la déshydratation doit jouer aussi un rôle, sans oublier l'action qu'il exerce sur l'albumine avec lequel il se combine en se coagulant.

Voyons comment la réduction ou la déshydratation peut exercer une action kératinisante. Les éléments épidermiques, en perdant de l'oxygène ou de l'eau sous l'influence d'un corps réducteur ou déshydratant, sont privés d'une partie de leur principe constituant; la cellule, pour ainsi dire compromise dans sa vitalité, réagit à son tour en empruntant aux tissus voisins les principes dont elle a été dépouillée par le corps ou l'agent kératoplastique; il en résulte donc pour elle une plus grande activité dans sa nutrition et son évolution; elle arrive plus rapidement au terme de sa transformation kératique, amenant par cette suractivité du travail régénérateur l'épidermisation rapide, la décongestion des tissus voisins et la résorption des exsudats. On note, en effet, que le phénomène qui, le plus constamment, accompagne l'épidermogénèse et la kératinisation, c'est la disparition rapide de l'œdème et la résorption de l'exsudat.

S'il est vrai que l'action kératinisante de l'acide picrique soit due à un phénomène de réduction, les substances oxydantes ne doivent pas être kératinisantes ou kératoplastiques. Parmi ces substances oxydantes, rentrent la plupart des antiseptiques (phénol, acide salicylique, salol) qui sont des ozonides. Tous ces corps doivent être considérés comme kératolytiques : ils le sont, en effet.

Il résulte de ceci que, contrairement à la pratique ordinaire, il ne peut être indifférent d'appliquer tel ou tel pansement, pourvu qu'il soit antiseptique et que le choix du topique influe beaucoup sur la rapidité de la cicatrisation. Le thiol et l'ichthyol

donnent des résultats très beaux et l'influence de ces substances sur la kératinisation est très nette; il y a même des cas où sous le thiol l'épiderme s'hypertrophie exubérément.

MODES DE RÉPARATION DES PLAIES. — Une plaie peut, suivant la profondeur de la perte de substance, se réparer par deux processus : 1° Par bourgeonnement; 2° par réorganisation partielle des éléments incomplètement détruits : épithélium en particulier.

Lorsqu'une plaie est complètement dépourvue d'épiderme, la kératoplastie ne peut se faire : il faut que cette plaie bourgeonne, mais comme le fait bien remarquer UNNA, il arrive souvent que des bourgeons charnus d'excellente apparence ne se recouvrent pas d'épiderme et souvent même certains corps provoquent la pullulation des bourgeons charnus sans accélérer, souvent même en retardant la régénération épidermique. C'est alors à l'épidermogénèse qu'il faut avoir recours et bien des procédés ont été employés.

De nombreux topiques peuvent, d'ailleurs, rentrer dans cette catégorie. Tout récemment, on a eu l'idée d'utiliser les semis de particules épidermiques qui favorisent la transformation épidermique des bourgeons charnus indifférents de la surface dénudée : c'est là un procédé d'épidermogénèse mixte qui nous mène à la kératoplastie. Lorsqu'une plaie est superficielle, trois cas peuvent se produire : 1° Ou bien l'épiderme est conservé quoique un peu altéré; 2° ou bien ses couches superficielles (cornées) sont soulevées, sa couche moyenne dissociée et ses couches profondes peu altérées; 3° ou bien, enfin, les couches superficielles ont disparu, mais il reste dans les anfractuosités des sillons papillaires du derme, des îlots épidermiques qui peuvent devenir les points de départ de la végétation épidermique.

Conserver, fortifier ces débris épidermiques en sollicitant le reste de leur vitalité, favoriser leur transformation kératique, tel est le but :

a) De l'épidermoplastie qui augmente les couches d'un épiderme préexistant;

b) De la kératogénèse et de la kératinisation qui transforment les éléments épidermiques en substance cornée;

c) De la kératoplastie qui accumule les couches de substance cornée, consolide la cicatrice et favorise l'accolement de la couche cornée au corps muqueux de Malpighi.

Or, des divers agents physiques, chimiques, médicamenteux, qui peuvent être appliqués à la cure des plaies, les uns (kératolytiques) s'opposent à la conservation des épithéliums ou à leur transformation; les autres la favorisent (kératoplastiques).

Qu'on ne dise pas que le topique n'a pas d'action propre : il peut accélérer la guérison ou la retarder dans des proportions considérables suivant qu'il est kératolytique ou kératoplastique.

La plupart des antiseptiques sont kératolytiques. Il faut donc s'adresser aux agents kératogènes et à la kératoplastie; mais il faut bien comprendre qu'il ne saurait y avoir de kératogénèse possible s'il ne persiste pas au niveau de la plaie des vestiges épidermiques capables de se kératiniser. Il faut donc qu'il y ait plaie superficielle, car ces procédés deviennent beaucoup moins efficaces si l'on veut leur donner une application qui dépasse les limites de la kératogénèse.

KÉRATOPLASTIE PAR LES TOPIQUES. — Trois topiques kératoplastiques nous paraissent surtout dignes d'attention :

1° L'acide pyrogallique sur lequel les expériences ne sont point encore assez nombreuses;

2° L'ichthyol et le thiol qui ont pris une si large part en thérapeutique;

3° Enfin et surtout l'acide picrique que, pour bien des motifs, nous croyons supérieur aux autres kératoplastiques et c'est sur ses propriétés kératoplastiques que nous fondons toutes ses applications, particulièrement en thérapeutique gynécologique.

La rapidité de la régénération épidermique, la stratification des couches kératiques qui se concrètent en squames épaisses sous le pansement démontrent amplement ses propriétés kératoplastiques.

Le rôle de l'acide picrique repose sur cette action principale :

kératoplastie. Cet agent est doué d'une action de cicatrisation très nette; contre les ulcérations, dès la première application, la plaie change d'aspect, elle se déterge, le fond devient rouge et son étendue diminue.

L'acide picrique est donc un agent kératoplastique, c'est-à-dire proliférateur de l'épiderme, et non pas épidermogène, c'est-à-dire formateur d'épiderme. Grâce à l'acide picrique, la kératogénèse est active et les plaies et les ulcérations traitées par ce topique acquièrent une vitalité qui les entraîne rapidement vers la cicatrisation. L'acide picrique, en effet, fixe les épithéliums et durcit les tissus; son action peut donc se résumer ainsi : conservation de la couche cornée, résorption du liquide exsudé, accolement de la couche cornée au stratum sous-jacent et enfin hypergénèse kératique dans ce stratum, la gradation des phénomènes étant la suivante : 1° Fixation et durcissement des tissus ; 2° conservation des épithéliums; 3° kératogénèse. On peut donc, à l'aide de cet agent, provoquer la prolifération des vestiges épidermiques et les kératiniser à volonté.

Sous l'influence d'attouchements d'une solution d'acide picrique à 2 p. 100 sur la langue d'une grenouille, répétés quatre à six fois, on verrait, selon PIERRIDES, la cellule épithéliale se coaguler, devenir vitreuse et ne pas tarder à s'exfolier. C'est ce que nous observerons dans le traitement des métrites par l'acide picrique où l'on voit d'abord une desquamation intense de la muqueuse qui se détache trois jours après le premier pansement, pour faire suite plus tard à une cicatrisation parfaite du col.

Il y a donc une double action de l'acide picrique appliquée au traitement des métrites :

1° Détersion de la surface ulcérée qui perd peu à peu les débris muqueux qui l'encombraient;

2° Atténuation et cicatrisation de l'exulcération qui passe du rouge vif au rouge mat et finalement pâlit. La cicatrisation se fait, soit par restitution en masse, soit par resserrement des limites ulcérées et production de noyaux centraux comparables aux noyaux d'épidermisation des greffes pratiquées sur des ulcérations cutanées.

V. — TOXICITÉ DE L'ACIDE PICRIQUE

On a prétendu que l'acide picrique était très toxique. C'est une opinion qui nous semble pour le moins exagérée. Mlle REVELIOTTI, dont la thèse est consacrée à l'étude de la toxicité de l'acide picrique, ne cite que cinq cas d'intoxication par ingestion accidentelle ou dans un but de suicide.

Des expériences faites par elle sur des chiens et des lapins ont montré une grande résistance de ces animaux aux picrates alcalins et d'après ces expériences on a constaté que le picrate de potassium et le picrate de sodium s'absorbent par le sang, que les tissus s'en imprègnent et que le picrate s'élimine par l'urine à laquelle il communique une coloration jaune et d'où l'on peut l'en extraire chimiquement. On ne trouverait pas dans l'urine de pigments biliaires.

Les expériences de V. RÉVELIOTTI démontrent que la dose toxique pour une grenouille de 25 grammes est de 0 gr. 01, c'est-à-dire de 0 gr. 40 par kilo; la dose de 0 gr. 20 ne tuant pas la grenouille. Pour les cobayes, la dose toxique serait de 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par kilo. Dans ses conclusions, l'auteur dit que les petites doses d'acide picrique sont facilement supportées par les animaux et que la dose toxique minimum prise en une seule fois et par kilo d'animal est différente suivant l'espèce :

Grenouille	0 gr. 45
Chat	0 gr. 12
Cobaye	0 gr. 25
Lapin	0 gr. 35
Chien	0 gr. 15

Pour le Docteur THIÉRY, qui fut le promoteur de la méthode de traitement picriqué, et pour ses élèves, l'emploi de l'acide picrique en chirurgie n'aurait pas montré une grande toxicité

du produit. On fit des applications de pansements picriqués sur des surfaces représentant plus du tiers de la surface totale du corps sans inconvénients. Chez les enfants en particulier, très susceptibles à l'égard des toxiques, pas d'accidents dangereux. On injecte 60 à 80 grammes de la solution à saturation, contenant le maximum soluble d'acide picrique, dans la vaginale distendue par un hydrocèle sans intoxication. Des injections intra-vésicales de la solution saturée d'acide picrique ne provoquèrent aucune irritation, aucune douleur et ne s'accompagnèrent pas d'accidents.

Donc, soit en solution saturée sur les brûlures, soit sur les plaies, soit en injections au contact de muqueuses, on doit conclure que l'emploi de l'acide picrique comme topique est exempt de danger (cent observations, aucun accident). « Jusqu'à présent, dit le Docteur THIÉRY, aucune preuve certaine d'intoxication par absorption cutanée n'a été donnée et mettant en présence cette critique et les résultats de ma pratique, j'affirme à nouveau l'innocuité absolue de l'acide picrique dans les traitements de toutes les affections auxquelles il a été appliqué. »

Convient-il d'être aussi formel ?

Dans son traité de thérapeutique, au chapitre des antiseptiques organiques, où l'acide picrique trouve sa place dans le traitement des brûlures, le Professeur CARNOT conseille de ne jamais couvrir plus du tiers de la surface totale du corps, surtout chez l'enfant, car pour lui cet agent ne serait pas exempt de danger.

Examinons ce qui se passe à la suite d'absorption d'acide picrique par voie digestive.

L'acide picrique fut employé au début comme amer, comme antichlorotique *per os* à la dose de 0 gr. 10 par jour. A ces doses, il paraît donner un ictère, mais l'appétit continue et il n'y a pas de troubles fonctionnels. Y a-t-il véritablement ictère ? Certains, comme VINETA BELLASERA, semblent le nier. Pour cet auteur, qui a consacré sa thèse à l'action de l'acide picrique sur la peau au point de vue médico-légal, il y aurait imprégnation et non intoxication par l'acide picrique, la coloration en jaune disparaissant au bout de huit jours de suspension de l'acide picrique qui

ne colorerait que la peau (élection épidermique), tandis que l'ictère colore tous les tissus même profonds.

D'autres disent que l'absorption d'une certaine quantité d'acide picrique (0 gr. 05-0 gr. 10) par la bouche est suivie d'un pseudo-ictère avec coloration jaune des téguments et des conjonctives. Ce serait ce pseudo-ictère, dont on vit des exemples pendant la guerre, simulant l'ictère vrai (mais on peut retrouver l'acide picrique dans les urines). A ce sujet, le Docteur Louis RAMOND, dans ses cliniques médicales, dit « qu'il n'y a qu'un seul cas où l'on puisse vraiment hésiter entre une teinte jaune anormale des téguments et l'ictère vrai, c'est lorsque les tissus sont colorés par l'acide picrique ». L'examen des urines tranche la difficulté. En effet, l'empoisonnement par l'acide picrique colore les téguments en jaune non seulement en raison du pouvoir tinctorial de ce corps, mais encore parce qu'il provoque un ictère léger, aussi les réponses fournies par l'analyse des urines ne sont-elles pas valables quand on se borne à rechercher dans ces urines la présence de la bilirubine ou de l'urobiline, car si l'absence de ces pigments élimine complètement l'ictère, leur présence ne permet pas d'écarter toute idée d'intoxication picriquée, le foie étant capable de réagir sous l'influence de lésions hépatiques provoquées par l'acide picrique et d'être l'origine d'un ictère. Ce qu'il faut demander à l'analyse des urines, c'est de mettre en évidence dans celles-ci la présence d'acide picrique et de son dérivé, l'acide picraminique. « On y arrive, dit l'auteur, de la manière suivante : à deux centimètres cubes d'urine, on ajoute un centimètre cube d'ammoniaque et l'on met dans le fond du mélange, avec une pipette effilée, un demi-centimètre cube du réactif de LE MITHOUARD :

Sulfate ferreux	2 grammes.
Acide tartrique	10 —
Eau	100 —

Des urines et du réactif, il se produit une belle coloration rouge cerise à la limite de séparation, quand les urines renferment de l'acide picrique ou ses dérivés. »

En conclusion, il semble donc que l'acide picrique agit parfois réellement comme toxique sur le foie et peut provoquer un ictère avec pigments biliaires dans les urines. L'acide picrique s'éliminant par l'urine, les rares faits d'intoxication chez l'homme sont dus, les uns à l'emploi d'une dose énorme, les autres aux défauts de technique thérapeutique ou à une interprétation erronée des symptômes observés.

En résumé, l'acide picrique, s'il est toxique, l'est peu et ne donne qu'un ictère léger et bénin puisque les observations d'empoisonnement par cet agent montrent que malgré la quantité absorbée (trois fois une cuiller à soupe, une cuiller à café et 5 gr. 80 par ingestion volontaire ou non), tous les malades ont guéri.

Plus spécialement au point de vue gynécologique qui nous intéresse, dès 1896 les gynécologues commençaient à éprouver quelque répugnance à prescrire des injections vaginales au sublimé par crainte de voir une quantité plus ou moins considérable de sublimé rester dans le vagin qui, s'absorbant lentement, produirait des accidents. Dès cette époque, PAPAZOGLOU nous dit, dans sa thèse, avoir prescrit des injections vaginales avec la solution d'acide picrique et avoir appliqué plusieurs fois un tampon picriqué (à l'alcool ou à l'éther), l'avoir laissé dans le vagin comme modificateur sans jamais avoir constaté le moindre accident, ou la moindre indisposition. L'auteur pense que l'acide picrique est incapable de produire un empoisonnement quelconque.

Quoi qu'il en soit du reste, au point de vue de la dose de substance active, — ici l'acide picrique, — l'important est qu'elle soit employée à un taux suffisamment mesuré pour qu'elle n'exerce aucune action irritante et ne produise aucune intoxication. C'est ce qui se trouve réalisé avec la posologie employée en thérapeutique gynécologique. Au point de vue pratique, on doit retenir que la toxicité est d'autant moins grande que la solution est plus diluée.

Si l'on songe que les doses reçues par les animaux ne sont toxiques qu'à des chiffres atteignant 0 gr. 15 par kilo d'animal

au minimum et que les doses utilisées dans le traitement des affections gynécologiques en applications externes sont de beaucoup inférieures à ces chiffres, on ne sera pas étonné d'apprendre que le produit n'ait jamais occasionné la moindre lésion organique ou le moindre trouble fonctionnel fâcheux.

VI. — LES AUTRES INCONVÉNIENTS DE L'ACIDE PICRIQUE.

EXPLOSIBILITÉ. — Certains, et en particulier Albert NODON, ont prétendu que l'acide picrique était dangereux à manier parce qu'explosif. Or, l'acide picrique fond à 112° en une huile jaune qui se prend par refroidissement en masse cristalline. Fondu, si on continue à le chauffer, il émet des vapeurs qui prennent feu au contact de l'air et du foyer en brûlant avec une flamme fuligineuse, mais sans donner d'explosion. L'acide picrique ne ressemble donc pas à d'autres corps nitrés, tels que la nitroglycérine, qui appartient au groupe des éthers nitriques.

Pourtant, chauffé brusquement à 300°, l'acide picrique peut faire explosion; c'est que soumis à cette température, il se décompose avec dégagement de chaleur en s'oxydant aux dépens des éléments de la vapeur nitreuse qui entre dans sa composition (BERTHELOT).

C'est donc dans certaines conditions un explosif et le seul danger serait de prescrire des poudres composées dans lesquelles on ferait entrer toutes sortes de produits, — en particulier des poudres d'oxydes métalliques ou de corps riches en oxygène (nitrates, chlorates, etc.), — en compagnie d'acide picrique.

Mais la solution d'acide picrique ne peut faire explosion quelque insistance qu'y mette l'expérimentateur. Le Docteur THIÉRY qui, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1896, avait répondu à ceux qui reprochaient à l'acide picrique d'être dangereux, parce que

capable d'exploser, déclarait même qu'au sens propre du mot l'acide picrique n'était pas explosible et que ce sont les picrates (de potassium, en particulier) qui peuvent exploser dangereusement.

Les pièces de pansement imbibées de la solution picriquée sont détruites par le feu sans accident. L'emploi de l'acide picrique dans les laboratoires d'histologie pour le durcissement des pièces n'a jamais amené d'accident ou même d'incident. Il en est de même des cristaux d'acide picrique que l'on manipule tous les jours.

ACCIDENTS LOCAUX. — On accuse l'acide picrique d'être la cause d'accidents locaux et en particulier de provoquer des érythèmes médicamenteux. Pour ce qui est de la production des érythèmes, la chose ne semble pas niable, mais ces accidents se produisent surtout lorsque l'acide picrique est employé à l'état pulvérulent et à doses énormes, en particulier sur les eczémas chroniques et sur les ulcérations de jambes, c'est-à-dire sur des tissus déjà profondément troublés dans leur nutrition. HALLOPEAU et VIELLARD, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphilis* de 1903, disent même avoir constaté une dermite vésiculeuse provoquée par la solution picriquée. Le Docteur THIÉRY lui-même déclare avoir vu à la suite de pansement à l'acide picrique quelques cas de production d'érythèmes mais, ajoute-t-il, toujours rares et bénins. Sur mille pansements picriqués faits dans son service, il n'y eut pas un accident grave, mais deux ou trois accidents bénins d'érythème, donc beaucoup moins qu'avec tout autre antiseptique (sublimé, acide phénique, iodoforme et surtout salol). On peut donc se demander si ces érythèmes, consécutifs à un traitement par l'acide picrique, ne se produisent pas uniquement lorsque le topique est employé à une dose trop forte ou bien qu'il est incorporé à un corps gras ou enfin lorsqu'il est maintenu trop longtemps à l'état de pansement humide. D'autre part, il convient de tenir compte des susceptibilités individuelles et tout en constatant que l'acide picrique peut parfois provoquer des érythèmes, on peut se demander aussi si ce n'est pas un

inconvenient inhérent à chaque médicament possédant sur les tissus une action modificatrice puissante. Etant donné la rareté et l'absence de gravité des accidents locaux, on est amené à penser que ceux-ci, bien souvent, sont dus, ou plus exactement sont liés à une absorption considérable ou à un mode d'emploi défectueux favorisant cette absorption.

Dans le traitement des brûlures en particulier, appliqué conformément aux indications réglées définitivement par M. THIÉRY, on constate avec l'auteur que non seulement l'acide picrique ne produit pas de désordre local, mais peut constituer le traitement par excellence des éruptions médicamenteuses préexistantes comme le montre un de ses élèves dans sa thèse.

Pour expliquer certains érythèmes, qu'on ne peut rattacher à un défaut de technique, il y aurait lieu d'envisager l'hypothèse émise par POUCHET et bien développée par ROBERT : impureté extrêmement fréquente de l'acide picrique qui n'est, on le sait, que du trinitrophénol.

TACHES PRODUITES PAR L'ACIDE PICRIQUE. — Enfin, il y a un inconvenient qu'on n'a pas manqué de reprocher à l'acide picrique, c'est celui de tacher la peau et de colorer en jaune les poils, le linge et les objets de pansement. C'est une objection qui avait préoccupé déjà ceux qui préconisaient l'acide picrique dans le traitement des brûlures. Ils conseillaient alors le port de gants de caoutchouc qui préservaient les mains de l'opérateur ou recommandaient de s'enduire les doigts de vaseline pure avant de pratiquer un pansement. Aujourd'hui, ce gros inconvenient ne semble pas résister à la critique, car les taches ne sont nullement des taches indélébiles et on en vient à bout assez facilement.

Les linges à pansement sont toujours soigneusement lessivés et les taches d'acide picrique disparaissent. Pour ce qui est des taches de la peau et des poils, il suffit de les frotter, soit avec une solution de polysulfures alcalins (solution pour bains de Barèges), soit avec une solution saturée de borate de soude et de laver ensuite à l'eau et au savon pour les voir disparaître.

CONCLUSIONS

En résumé, les inconvénients de l'acide picrique sont bien minimes à côté des propriétés thérapeutiques de cet agent. D'où vient donc que certains se soient très bien trouvés de la méthode du pansement picriqué et que d'autres s'en soient montrés des adversaires irréductibles. Nous pensons qu'il y a là des différences de techniques qui séparent les auteurs et modifient les résultats. L'acide picrique doit, en effet, être proscrit définitivement, soit à l'état pulvérulent, soit sous forme de pommades capables de provoquer des accidents. Le taux de sa solution dans l'eau pour les pansements des lésions dermo-épidermiques ne doit pas excéder 12 p. mille et 8 p. mille dans le pansement des muqueuses, comme nous le verrons en étudiant la technique du pansement picriqué en gynécologie. Enfin, on ne doit user, pour ces solutions, que d'acide picrique absolument pur.

VII. — EMPLOI DE L'ACIDE PICRIQUE EN THÉRAPEUTIQUE

On peut, dans une certaine mesure, dire que l'application de l'acide picrique à la thérapeutique a pris naissance dans les laboratoires. Il y est, en effet, utilisé, soit : 1° En solution saturée pour conserver (antiseptique et antiputride), durcir et fixer les pièces;

2° Uni au carmin pour colorer les tissus.

C'est CURIE et CHÉRON qui, constatant les propriétés antiseptiques de l'acide picrique, furent parmi les premiers à l'appliquer comme médicament externe aux traitements des plaies. Dès cette époque, en effet, CHÉRON insiste sur les trois points suivants :

1° L'acide picrique imprime aux plaies, aux ulcérations, une vitalité qui les entraîne rapidement vers la cicatrisation;

2° L'acide picrique est capable d'enrayer la suppuration. Il tarit très rapidement les sécrétions morbides des muqueuses et empêche leur envahissement par l'inflammation;

3° L'acide picrique arrête le développement de la fermentation ammoniacale.

Il alla même jusqu'à utiliser son action antiseptique dans le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse où il conseillait de prendre un quart de lavement contenant une cuiller à café de la solution suivante :

Acide picrique	1 gr.
Eau distillée	120 cc.

L'acide picrique fut ensuite employé par CÉRASI dans le traitement des affections cutanées inflammatoires. Cette idée fut alors reprise par GAUCHER qui, à Saint-Antoine, l'appliqua au traitement de l'eczéma.

Mais c'est surtout sur les propriétés kératoplastiques et kératogéniques que se base son action en thérapeutique médicale et chirurgicale.

Sa valeur kératinisante l'a fait employer dans le traitement des ulcérations de la peau (crevasses, gerçures). Puis il fut successivement utilisé dans le traitement des froidures, des gelures, des plaies superficielles des téguments, des excoriations, des plaies bourgeonnantes, du lupus et des tuberculoses osseuses. On l'employa également pour traiter l'érysipèle, et PIERRIDÈS consacra sa thèse inaugurale au traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique pour répondre aux critiques de TUFFIER et HARTMANN qui reprochaient à l'acide picrique de provoquer des érythèmes.

C'est surtout au traitement des brûlures que l'acide picrique a attaché sa réputation. Dès 1896, dans le *Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET, on le voit préconiser, mais le véritable promoteur de la méthode fut le Docteur THIÉRY qui, dans le service de son maître TILLAUX, traita tous les brûlés par le pansement picriqué et en régla la technique.

Il conseille d'employer la solution à saturation dans l'eau contenant le maximum soluble d'acide picrique et dont le taux est voisin de 10 p. mille. Il dit aussi avoir obtenu de bons résultats avec l'éther picriqué à saturation. L'important, selon lui, est de faire un pansement à sec en laissant évaporer le liquide, en respectant l'épiderme et en ne renouvelant le pansement que tous les trois ou quatre jours.

Nombre de ses élèves, sur ses conseils, consacrèrent leur thèse à l'acide picrique et à ses emplois en médecine et en chirurgie, et l'un d'eux, le Docteur DAKHYL, montra qu'il n'existe qu'une contre-indication au traitement des brûlures par l'acide picrique, mais une contre-indication formelle : c'est l'ancienneté et la profondeur des lésions. Il dit, en particulier, qu'il faut s'en abstenir quand il y a eschare du derme.

Ce serait le pansement idéal des brûlures allant jusqu'au second degré — tant qu'il existe des vestiges d'épiderme, — et grâce au pansement picriqué qui est antiseptique, analgésique et kératoplastique, on aurait une réparation des lésions plus rapide qu'avec tout autre procédé, et une cicatrice excellente.

L'acide picrique fut aussi employé dans le traitement des ulcères de jambes, et VAUGRENTE, qui étudia la question dans sa thèse, dit que sous l'influence de cet agent on voit l'épiderme proliférer, s'épaissir, donner des croûtes dures, sèches et abondantes; en un mot, la kératogénie est active et la cicatrice se trouve renforcée par les couches qui se substituent les unes aux autres à la chute des croûtes.

En dermatologie, l'acide picrique fut employé dans le traitement de l'eczéma aigu, du pemphigus et de l'herpès. Le Docteur Louis RAMOND, dans ses cliniques médicales, le recommande dans le traitement du zona, sous forme d'éther picriqué à 1 p. 10. « L'éruption du zona, dit l'auteur, est en effet constituée par de petites vésicules au niveau desquelles les malades accusent une sensation très pénible de cuisson (feu de Saint-Antoine). Ne croirait-on pas, au point de vue physique (érythème, vésicules, bulles et phlyctènes) et au point de vue fonctionnel, se trouver en présence de véritables brûlures. Et alors pourquoi ne pas les

traiter comme celles-ci ? C'est ce qui a conduit CHAUFFARD à proposer des applications picriquées comme topique cicatrisant et calmant des vésicules du zona. Mais ces vésicules ne doivent pas être ouvertes ou macérées ; aussi, M. CHAUFFARD repousse-t-il l'emploi de la solution aqueuse saturée d'acide picrique couramment employée contre les brûlures peu étendues et superficielles et a-t-il conseillé l'éther picriqué à 1 p. 10 appliqué au pinceau sur les placards d'herpès une ou deux fois par jour pendant un à deux jours. « Plusieurs de mes malades, qui se sont sentis très soulagés par cette application, ajoute l'auteur, l'ont continuée sept à huit jours de suite sans inconvénient. Elle est très analgésiante, desséchante, cicatrisante et je ne manque jamais de la recommander.

EMPLOI DE L'ACIDE PICRIQUE EN THÉRAPEUTIQUE GÉNITO-URINAIRE.
— C'est à Jules CHÉRON, Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare, que revient l'idée d'avoir utilisé le premier l'acide picrique dans le traitement des urétrites, vulvites et vaginites. Il en avait reconnu les bons effets dans les cas de vaginites et de bartholinites.

VIGNERON, son élève, expose dans sa thèse le traitement de l'urétrite blennorragique de la femme par les injections intra-vésicales d'acide picrique en solution concentrée. Il l'utilisa aussi vraisemblablement dans le traitement de l'urétrite de l'homme, mais ne nous donne pas de détails.

Il injectait dans la vessie de ses malades, une solution saturée d'acide picrique et leur recommandait d'uriner fréquemment. L'injection était répétée tous les deux jours ; après la seconde injection intra-vésicale, l'écoulement diminuait et devenait moins purulent. Selon l'auteur, l'acide picrique, appliqué au traitement de l'urétrite féminine amenait la guérison radicale après une durée variant de dix à vingt-cinq jours suivant les formes d'urétrites. Il n'y eut jamais aucune complication.

PAPAZOGLU dit avoir eu l'occasion d'employer, lui aussi, l'acide picrique en injections vaginales et urétrales pour des cas de blennorragie. Selon lui, les solutions faibles, 1 gramme et 1 gr. 50 p. mille, n'ont donné aucun résultat ; au contraire, les

solutions plus fortes, 4 p. mille, — dont le titre lui paraît voisin de celui de la solution saturée aqueuse qu'il fixe à 5 p. mille, — ont donné des résultats surprenants, et, enfin, des concentrations beaucoup plus fortes ont produit des eschares superficielles. « Nous nous trouvons en présence de quelques cas d'urétrites, ajoute-t-il, qui ont guéri avec quatre ou cinq injections. »

CHAPITRE II

Les lésions anatomiques des Cervicites

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre, reprendre l'étude *clinique* des métrites. Nous essaierons seulement de rappeler les altérations de la muqueuse utérine au cours des cervicites au point de vue *histologique* et d'indiquer les processus de guérison de ces lésions.

Rappelons, toutefois, qu'au point de vue de l'étiologie, on peut assez grossièrement distinguer trois grandes variétés de métrites :

1° Blennorragiques, de beaucoup les plus fréquentes et aussi les plus décourageantes par leur ténacité;

2° Puerpérales succédant, soit à un avortement, soit à un accouchement;

3° Enfin, celles que l'on ne peut ranger dans l'une ou l'autre de ces catégories et que le Docteur SIREDEY appelle les métrites banales.

1. — ALTÉRATIONS DE LA MUQUEUSE DANS LES MÉTRITES

La métrite, une fois constituée, comment évolue-t-elle ? Quelles lésions produit-elle ?

Nous aurons surtout en vue la métrite cervicale ; la métrite du corps utérin, ainsi que le signale fort judicieusement RICHELOT, pouvant guérir spontanément, celle du col au contraire tendant à persister indéfiniment.

Il convient, au point de vue de l'anatomie pathologique, d'insister sur deux éléments qui sont essentiels dans les lésions des métrites : 1° Epaissement de la muqueuse; 2° déformation des glandes qui tapissent abondamment cette muqueuse, s'enfoncent dans l'épaisseur du muscle utérin et très profondément au niveau du col. Les lésions muqueuses gagnent ensuite en profondeur et la paroi musculaire va se prendre à son tour et s'altérer, d'où l'origine des paramétrites, périmétrites et, par voie de continuité ou par voie lymphatique (salpingites, cellulites et pelvipéritonites). S'il est vrai que la métrite du corps se complique souvent de métrite du col, celle-ci peut être aussi primitive. Quoi qu'il en soit, du reste, le processus initial a lieu dans la muqueuse. L'endocervicite est aiguë ou chronique et l'infection vient le plus souvent du dehors. Si le processus est très virulent, son action peut s'exercer sur les deux muqueuses qui tapissent le col comme dans les cas de blennorrhagie aiguë. Mais la muqueuse cervico-vaginale est résistante, elle offre de nombreuses analogies avec l'épiderme cutané et, comme lui, oppose un obstacle efficace à l'inflammation. La muqueuse intra-cervicale, au contraire, est criblée d'utricules et de dépressions au fond desquels s'ouvrent des glandes très développées et affectant la disposition en grappes. Muqueuse intra-cervicale, utricules et glandes sont revêtus d'une couche unique d'épithélium de sécrétion. Au-dessus de cette couche se trouve le réseau lymphatique sous-épithélial et sous-glandulaire. L'inflammation trouve donc un terrain favorable à son développement rapide en surface et en profondeur.

Ce qui rend la cervicite plus intéressante à étudier, ce sont ses complications, nous voulons dire l'ectropion de la muqueuse intra-cervicale, l'éversion des lèvres et les érosions.

L'éversion paraît être le résultat d'un défaut d'équilibre entre les faisceaux musculaires qui forment l'orifice du col et de la tuméfaction de la muqueuse, si intense qu'elle tend à faire saillie au dehors. Le mouvement sera donc favorisé par la disposition des muscles de l'orifice cervical et, le défaut d'équilibre survenant aussitôt, les muscles ont pour effet de renverser les lèvres. Que va devenir cet ectropion ? Il ne change pas d'aspect

tant qu'il n'est pas atteint par l'inflammation. Si celle-ci survient, elle peut être plus ou moins intense. La structure de l'épithélium est modifiée. Les cellules augmentent de nombre, se rétrécissent et s'allongent, leur disposition en palissade s'accroît et devient plus évidente. Ces modifications cellulaires s'étendent également dans les glandules. Quelquefois les cellules sont plus grandes qu'à l'état normal, on voit apparaître des cellules caliciformes, la muqueuse se rapproche comme aspect de celle du corps utérin, mais en aucun cas il n'y a de cils vibratiles. Les cellules cylindriques, en certains points, s'accumulent en deux ou trois couches superposées ressemblant à des îlots d'épithélium pavimenteux disposés au milieu des parties recouvertes d'épithélium cylindrique. Ce sont des cadavres de cellules cylindriques et non des cellules plates qui se colorent en rouge par le picrocarmin. Ces cellules sont retenues par un mucus devenu plus épais, et qui les empêche de tomber. Le stroma est également intéressé par l'inflammation. Il s'infiltre de cellules rondes, ce qui contribue à l'augmentation de la muqueuse qui peut être cinq ou six fois plus épaisse qu'à l'état normal. Aussi, celle-ci est-elle obligée de se plisser et on constate alors, sur une coupe, un aspect pseudo-papillaire causé par les replis de la muqueuse. Le tissu musculaire s'enflamme à son tour, les fibres musculaires du sphincter se relâchent, tandis que les fibres longitudinales des faisceaux antérieurs et postérieurs n'étant plus réfrénées par le sphincter, attirent de plus en plus les lèvres du col en dehors et l'ectropion s'étend.

L'origine des kystes glandulaires s'explique aisément par ce qui a été dit plus haut. Dans l'épaisseur de la muqueuse et dans les tissus sous-jacents existe une infiltration de cellules embryonnaires dont l'organisation aboutit à la formation d'un tissu conjonctif rétractile, et ce tissu interstitiel fait saillie dans les espaces qui séparent les glandes. Le contenu de ces glandes, qui est du mucus épais et filant ou du pus ne peut plus s'évacuer, les glandes se dilatent et forment des kystes plus ou moins volumineux. Quelques-unes finissent par se rompre, d'autres sous l'influence de l'action musculaire sont repoussées à l'extérieur

et exagèrent les reliefs et les anfractuosités donnant à la muqueuse un aspect tout particulier, on la croirait hérissée de papilles rougeâtres ou jaunâtres que les anciens auteurs avaient comparé à des éruptions d'acné ou d'herpès.

Ces kystes, qui se traduisent par des saillies et des bosselures, sont recouverts par l'épithélium pavimenteux, mais si l'on vient à ouvrir un de ces kystes, l'épithélium cylindrique apparaît sous forme d'une tache rouge qui disparaîtra et sera remplacée par l'épithélium pavimenteux sous l'influence d'un caustique. Ces glandes kystiques continuent à sécréter parce que, malgré la pénétration assez profonde de l'épithélium vaginal dans la lumière de leur conduit excréteur, il existe toujours des cellules cylindriques qui sécrètent et déterminent la distension des culs-de-sac glandulaires. Parfois, il persiste un orifice intermittent ou très étroit qui ne permet que difficilement l'issue du mucus. Si les glandes sont totalement obstruées, elles s'enfoncent de plus en plus dans le tissu musculaire sous-jacent.

ASPECT MICROSCOPIQUE. — Au toucher, dans le premier degré, les lésions du col, ectropion et érosion, le doigt perçoit une sensation veloutée caractéristique. Plus tard, lorsque se sont constitués les kystes, il perçoit alors des reliefs et des dépressions. Enfin, ces granulations font place ensuite aux œufs de NABOTH dont le volume varie depuis celui d'une graine de semoule à celui d'un gros noyau de cerise.

A l'examen, au speculum, le col est gros, boursoufflé et la muqueuse, qui est éversée au lieu d'être lisse et blanchâtre comme à l'état normal, apparaît tuméfiée, épaisse et d'un rouge livide. Tantôt on voit de fines granulations sur un fond saignant, tantôt de gros œufs de NABOTH. L'ectropion est parfois peu prononcé et parfois semble envahir presque toute la surface externe du col. Les lèvres peuvent être déchirées et la déchirure être unie ou bilatérale ou encore étoilée. La forme générale du col est celle d'un barillet ou celle d'un bouchon de champagne.

ULCÉRATIONS. — On constate fréquemment comme lésions de la muqueuse des lésions du type ulcéreux. Elles revêtent l'aspect

d'une assez vaste surface rouge vif, dépolie, bourgeonnante, peu saignante, circonscrivant l'orifice externe du col ou se présentant sous forme d'une plaque isolée sur l'une des lèvres du museau de tanche, mais tranchant toujours sur le fond plus pâle de la muqueuse vaginale du col.

Pour SIREDEY, les ulcérations sont un fait banal, constant dans les métrites. Il distingue : 1° Les ulcérations simples qui ne sont que des abrasions superficielles, ne se distinguant des parties adjacentes que par leur aspect dépoli et leur coloration d'un rouge intense; elles ne font aucun relief et ont une surface purement granuleuse;

2° Les ulcérations granuleuses proprement dites différentes des précédentes par un relief considérable; elles sont hérissées de petites saillies grosses comme une tête d'épingle et plus ou moins confluentes;

3° Un degré de plus et on arrive à l'ulcération végétante, excroissances séparées par de profonds sillons et présentant à leur extrémité libre de nombreuses fissures.

Mais les gynécologues ne sont pas d'accord sur ces ulcérations et discutent pour savoir s'il y a ulcération vraie ou pseudo-ulcération. Tantôt, en effet, il s'agit de fausses ulcérations : l'épithélium pavimenteux, détruit sous l'influence de traumatismes ou modifié par certains écoulements, est remplacé par un épithélium cylindrique avec prolifération glandulaire. L'ectropion, toutefois, peut se compliquer d'ulcération vraie si l'inflammation est assez intense pour provoquer la destruction de l'épithélium. Ces cas-là sont très rares et, le plus souvent, les altérations bourgeonnantes d'aspect érosif que l'on voit au voisinage du col doivent être considérées comme de fausses ulcérations.

En résumé, les lésions du col dans les métrites sont : 1° Hypertrophie des glandes dilatées devenues flexueuses avec conservation de leur épithélium; 2° tissu embryonnaire, traces de glandes et d'épithélium altéré avec îlots d'éléments dégénérés analogues à ceux des plaies en suppuration; 3° les lésions du parenchyme cervical consistent en une vascularisation intense produite par les vaisseaux dilatés enfouis dans du tissu embryonnaire. Ces

différentes variétés de fongosités peuvent coexister entre elles avec des kystes glandulaires.

Qu'elles s'accompagnent ou non d'ulcérations, les lésions de la métrite cervicale ont donc une tendance très nette à la chronicité. Les glandes hypertrophiées et profondément enchâssées dans la trame fibro-musculaire constituent un abri pour les germes pathogènes et l'on comprend alors la difficulté de guérir de pareilles lésions et l'on n'emploie pas de moyens destructeurs. C'est ce qui explique l'insuccès des moyens habituels qui ne peuvent réussir que dans les cas où les lésions ne sont pas profondes et c'est ce qui nous ouvre aussi des vues sur les possibilités de l'acide picrique capable d'abord de détruire la muqueuse et apte par la suite à cicatriser les lésions en régénérant l'épithélium.

II. — PROCESSUS DE GUÉRISON DES MÉTRITES

C'est grâce à la prolifération épithéliale des prolongements glandulaires que la muqueuse se régénère si facilement, soit après chaque époque menstruelle, soit après un curettage, d'où l'absence de cicatrice à la suite de cette intervention. Mais de l'avis de la plupart des gynécologues, c'est aussi une des causes des difficultés du traitement des métrites par les topiques usuels, parce qu'il n'est guère possible de faire pénétrer les agents modificateurs jusqu'au contact des éléments infectieux qui ont progressé à l'intérieur des glandes. Cet inconvénient se présente particulièrement dans le traitement des métrites du col parce que les glandes s'enfoncent alors très profondément dans la paroi musculaire du col. Comment s'effectue donc la guérison d'une endocervicite ?

Quand la réparation de l'érosion survient, l'épithélium pavimenteux gagne de la périphérie au centre, recouvre l'érosion et

remplace l'épithélium cylindrique en emprisonnant les glandes dans un tissu cicatriciel, en déterminant l'atrésie de leurs orifices et la rétention consécutive de leur sécrétion.

Pour obtenir la guérison des métrites scléro-kystiques ou des cervicites invétérées, il faut absolument que l'épithélium cylindrique de la muqueuse superficielle et des glandes disparaisse et soit remplacé par l'épithélium pavimenteux : il faut, pour ainsi dire, que les lésions se kératinisent.

C'est en considérant ce processus de guérison que l'on comprendra la valeur thérapeutique de l'acide picrique appliqué au traitement des métrites chroniques. N'a-t-il pas la propriété de provoquer une desquamation de la muqueuse cervicale d'abord, et de régénérer ensuite le tissu épithélial de cicatrisation de par sa propriété kératoplastique.

Il y a encore un autre mode de guérison des métrites : c'est la sclérose du col. Les glandes étouffées par les tissus ambiants se rétrécissent jusqu'à disparaître. Dans le corps utérin comme dans le col, le tissu fibreux détruit les glandes, et si celles-ci ne sont pas totalement détruites les sécrétions peuvent continuer, mais si peu, que les glandes, malgré l'étroitesse ou l'obturation de leurs orifices, ne se dilatent plus. C'est le mode de guérison que l'on observe chez les femmes âgées où l'on voit ainsi disparaître des lésions parenchymateuses souvent considérables.

CHAPITRE III

I. — LES EMPLOIS DE L'ACIDE PICRIQUE DANS LES INFECTIONS DES VOIES GÉNITALES INFÉRIEURES.

LES VULVITES. — Que l'on soit en présence d'une vulvite banale (saprophytique) ou d'une vulvite blennorragique, nous pensons que pendant la période aiguë, douloureuse, il faut éviter les applications antiseptiques. Il faut d'abord se préoccuper de calmer l'inflammation avant d'instituer une thérapeutique microbicide; on prescrit donc au début des bains locaux prolongés, des lotions à l'eau bouillie chaude additionnée d'alcalins ou d'émollients. Mais quand les réactions inflammatoires sont moindres et ont amené une sédation de la cuisson, on se trouvera bien de faire, particulièrement dans les cas de blennorragie vulvaire, des irrigations locales avec un litre de solution picriquée à 2 p. mille et à une température n'excédant pas 40°. Chez les fillettes, en particulier, on devra se contenter d'irriguer la vulve avec cette solution, en faisant l'injection à distance et en dirigeant le jet sur les divers points de la vulve, afin d'empêcher les sécrétions de séjourner sur les parties malades.

Après s'être assuré que la vulvite n'est pas secondaire à une métrite, on devra s'abstenir d'introduire une canule, même très petite, dans le vagin, afin de ne pas créer une infection ascendante. Au point de vue du titrage de la solution d'acide picrique, il faut retenir le chiffre de 2 p. mille; toutefois, il faut tenir compte des réactions personnelles des fillettes et ne pas craindre d'abaisser le taux des solutions employées, s'il en résulte une irritation trop vive.

On peut aussi utiliser les pansements picriqués à faire deux fois par semaine, à un taux que le Docteur DOUAY fixe à 8 p. mille et que d'autres auteurs, comme BÉGOVIN et PAPIN ramènent à 2 p. mille. Ce sont des pansements que l'on fait avec une gaze imbibée de la solution picriquée et que l'on peut alterner avec des attouchements faits avec des tampons d'ouate hydrophile imprégnée de la solution d'acide picrique à 5 p. mille, selon FORGUE et J.-Louis FAURE, ou avec des badigeonnages de la vulve. Les résultats, comme il sera dit plus loin, en sont excellents.

LES VAGINITES. — Que les vaginites soient liées à l'extension d'une vulvite ou qu'elles proviennent de l'infection de l'utérus et particulièrement du col, nous pensons que là aussi, comme pour les inflammations de la vulve, il convient, au début du traitement, de bannir les antiseptiques et de s'appliquer à soulager ces malades. On y parviendra, soit par des bains prolongés, soit par des injections tièdes d'eau bouillie simple ou alcaline, soit encore par des injections émollientes (guimauve, pavots). Dès que les douleurs sont calmées, et que la maladie prend une allure subaiguë, on peut alors mettre en œuvre une thérapeutique plus active et plus franchement antiseptique. On utilisera l'acide picrique, soit sous forme de badigeonnages du vagin avec une solution à 10 p. mille comme le conseille FORGUE, soit sous forme de pansement vaginal avec une gaze imbibée d'une solution à 5 p. mille, laissée en place vingt-quatre heures, et à renouveler deux fois par semaine, comme le recommande SIREDEY. Pour nous et suivant la technique en honneur dans le service du Professeur J.-L. FAURE, nous préférons, la femme ayant pris préalablement une injection et étant placée en position obstétricale, après mise en place du spéculum, faire des attouchements minutieux de tout le canal vaginal, sans épargner les culs-de-sac, avec une solution d'acide picrique à 8 ou 10 p. mille, qu'on fait suivre de l'application de tampons de gaze destinés à séparer les surfaces malades et à offrir une plus grande surface de la paroi vaginale à l'action du topique. L'emploi des ovules à l'acide picrique, sur lesquels nous reviendrons plus loin, permet

de continuer le traitement picriqué fort commodément et est formellement indiqué dans le traitement des vaginites les jours où les malades n'ont pas eu de pansement, ou si celui-ci ne peut être pratiqué.

LES MÉTRITES. — Sous quelle forme convient-il d'utiliser l'acide picrique dans le traitement des métrites ?

Injectons vaginales. — Elles ont leurs partisans, pourvu que les malades à qui elles sont prescrites les fassent, étendues dans le décubitus horizontal, à basse pression et que l'écoulement en retour du liquide soit assuré. Le Professeur FORGUE, dans son précis de pathologie externe, les conseille dans les formes chroniques de métrite et recommande à ses malades une injection chaude à 40°, à faire le matin avec deux litres d'eau bouillie auxquels on ajoutera un verre de la solution suivante :

Sulfate de zinc	15 grammes.
Sulfate de cuivre	12 —
Acide picrique	6 —
Camphre de Bornéo	2 —
Eau distillée	1 litre.

C'est cette même formule que recommandent G. JEANNENEY et ROSSET (de Bordeaux) dans leur formulaire gynécologique pour le traitement local des métrites.

Que faut-il penser de cette méthode ? L'action bactéricide de ces injections n'est pas négligeable; elles détergent les muco-sités, les sécrétions qui s'étalent à la surface du vagin et à l'orifice externe du col, mais elles ne sauraient avoir d'action directe sur la muqueuse de l'utérus qu'elles n'atteignent pas. C'est pourquoi nous les employons rarement, leur préférant — comme il sera dit plus loin — le pansement vaginal picriqué, précédé d'une injection alcaline qui ne fait que nettoyer la muqueuse.

Injectons intra-utérines. — Elles sont faites avec une sonde à double courant de Doléris et avec des solutions d'acide picrique dont le taux le plus usuel semble être fixé à 2 p. mille, par les

auteurs partisans de la méthode. JEANNENEY les conseille dans son formulaire de gynécologie et le Professeur J.-L. FAURE les mentionne dans son manuel de gynécologie, mais semble les proscrire car, dit-il, « comme pour la dilatation, ces injections intra-utérines sont loin d'être inoffensives et on ne doit y recourir qu'avec des ménagements ». Elles provoquent, en effet, chez certaines femmes des crises aiguës, avec poussée de salpingite et réactions péritonéales; elles ne sont donc pas exemptes de danger. Nous ne les recommandons pas.

Instillations intra-utérines. — On a aussi essayé d'injecter, à l'aide de la sonde de Braun dans la cavité utérine, quelques gouttes — deux centimètres cubes environ — de solution d'acide picrique dont le taux varie suivant les auteurs, à saturation disent les uns, c'est-à-dire à 10 ou 12 p. mille, 5 p. mille disent JEANNENEY, J.-L. FAURE et SIREDEY. Il n'est pas niable que ces instillations peuvent exercer une action très favorable sur les muqueuses malades, mais malheureusement elles sont loin d'être anodines et doivent être faites avec beaucoup de précaution. Même entre des mains expérimentées, elles peuvent donner lieu parfois à de graves accidents. Certaines malades, à la suite de l'injection de quelques gouttes de la solution, sont prises de douleurs extrêmement vives qui peuvent se prolonger une heure ou deux. Ceci dépend, bien entendu, des réactions personnelles des malades, de la pression de l'injection et du taux de la solution. Mais ces instillations — quelle que soit du reste l'attention qu'on y apporte — donnent lieu à des accidents tubaires par passage du liquide dans les trompes et c'est là leur principal danger. Si l'on veut essayer la méthode, on devra commencer prudemment par des instillations poussées très lentement, avec une solution d'acide picrique ne dépassant pas 5 p. mille, en ayant soin d'arrêter s'il en résulte des douleurs trop violentes et surtout des menaces du côté des annexes, et en ayant soin aussi de prescrire à la patiente un repos absolu au lit de quatre à cinq heures dans la position couchée. Nous pensons avec le Professeur J.-L. FAURE « qu'il serait dangereux d'ériger en méthode classique cette pratique

audacieuse » et qu'il convient de la laisser aux spécialistes et dans les cas seulement où elles semblent d'une incontestable utilité.

Badigeonnages et attouchements intra-utérins. — Ils sont moins efficaces que les instillations, mais beaucoup moins dangereux que ces dernières dont l'efficacité, comme il a été dit plus haut, n'a jamais paru compenser les risques. On pourra donc faire, soit des badigeonnages ou des attouchements sur la muqueuse du col ou sur celle de la cavité utérine, en se servant d'un tampon d'ouate hydrophile roulé sur une tige de métal ayant la forme d'un hystéromètre et que l'on imbibe d'une solution d'acide picrique dont le taux, pour SIREDEY, peut varier de 10 à 20 p. mille. Cette dernière posologie nous paraît un peu élevée, surtout pour le traitement de début; on ne doit y parvenir que progressivement. On a soin de laisser le coton en contact avec la muqueuse utérine pendant deux à trois minutes. Ces manœuvres exigent une certaine dilatation du col utérin qui est presque toujours réalisée au cours des métrites, mais il est indispensable de tenir le col abaissé en fixant une de ses lèvres à l'aide d'une pince, ce qui n'est pas toujours sans inconvénient, en présence de gros cols mous et ulcérés. Si cette pratique n'a pas les inconvénients des instillations, elle est parfois douloureuse et peut donner lieu à de petites réactions périutérines. Aussi, est-elle relativement peu employée, et pour notre part nous lui préférons le pansement vaginal.

Pansements vaginaux. — Ils ont pour but d'assurer l'asepsie du vagin et de porter au niveau du col utérin l'acide picrique pour qu'il diminue l'hyperhémie, modifie les sécrétions et exerce son action réparatrice sur les lésions érosives. Ces pansements se font en plaçant sur le col des tampons de gaze que l'on imbibe d'une solution d'acide picrique à 8 p. mille, ce qui nous paraît être la concentration la meilleure. Certains auteurs recommandent la solution à saturation, qui est voisine, comme il a été dit au début de ce travail, de 12 p. mille. Nous pensons que c'est un taux un peu fort et nous recommandons même de ne pas hésiter, si après un premier pansement picriqué à 8 p. mille, il arrivait de constater une action irritante sur les muqueuses, à baisser le

titre de la solution. Ces pansements sont renouvelés deux fois par semaine et restent en place une vingtaine d'heures. C'est un procédé fort en usage à l'Hôpital Broca, où le Docteur DOUAY l'emploie journellement avec succès. Il est peu coûteux, sans danger et presque toujours efficace. Son seul inconvénient est d'exiger la présence du médecin : on ne peut, en effet, appliquer ce pansement qu'après mise en place du spéculum et avoir soigneusement détergé vagin et col utérin.

Les ovules à l'acide picrique. — Tous les moyens précédents, dont plusieurs sont excellents, ont contre eux, soit le risque d'irritation, soit l'inconvénient de faire perdre beaucoup de temps aux malades. Nous avons donc été très intéressés par les ovules à l'acide picrique qui constituent un mode de traitement sans danger et particulièrement pratique.

Nous avons d'ailleurs été surpris que ces ovules ne soient pas en usage depuis plus longtemps et qu'on ne les trouve que dans un seul laboratoire (1). C'est alors que nous avons appris que l'introduction de l'acide picrique dans des ovules était un problème complexe et soulevait d'importantes difficultés de fabrication.

En effet, les ovules que l'on utilise habituellement en gynécologie sont à base de glycérine, celle-ci constituant l'excipient. Or, la glycérine ne peut être pratiquement solidifiée que par adjonction de gélatine, *gélatine avec laquelle l'acide picrique est incompatible*. L'essai ne donne que des résultats lamentables : précipitation et coagulation, et il fallut donc changer complètement l'excipient.

D'ailleurs, la glycérine, si elle a des avantages, a aussi des inconvénients.

Les avantages viennent de ses propriétés hygroscopiques : elle est très avide d'eau et exagère ainsi momentanément les sécrétions cervicales, les rend plus fluides et faisant transuder du sérum hors des vaisseaux, décongestionne le col par une espèce de saignée blanche (GALLARD).

Ses inconvénients viennent justement de cette action par

(1) Laboratoire Sféat, qui a bien voulu faciliter notre expérimentation en mettant un grand nombre d'Oléovules à notre disposition.

exosmose : la décongestion se produit bien momentanément, mais le courant qui s'établit s'effectue de dedans en dehors et le topique utilisé ne pénètre les tissus que difficilement et imparfaitement.

La glycérine que, dans le cas particulier, on ne pouvait songer à employer est, nous semble-t-il, un mauvais excipient, d'une manière générale, du fait de cette action exosmotique.

Les ovules que nous avons employés et que nous avons vu utiliser dans les autres services de gynécologie (Oléovules) sont donc préparés selon des principes très particuliers.

Ils contiennent, en effet, dans un excipient spécial, deux corps actifs dont l'un est l'acide picrique.

L'excipient utilisé est un corps gras complexe, bien éloigné de la glycérine, qui est très ferme à la température extérieure, mais qui fond en une heure à deux heures à 37° et se résorbe entièrement dans les tissus dès sa fusion. C'est donc un corps qui possède une action endosmotique tout à fait apte, semble-t-il, à porter au sein des tissus malades le produit actif qu'il véhicule. C'est là une propriété importante qui, jointe aux qualités de fusion et à l'absence de rancissement, en font un complexe fort intéressant.

Le premier de ces corps actifs est évidemment l'acide picrique à la dose de 0 gr. 05 par Oléovule, ce qui, tout en assurant une action microbicide et kératoplastique puissante, met à l'abri de tout incident d'ordre toxique (1).

Comme nous l'avons expliqué, ce corps actif est porté dans les tissus malades lors de la fusion de l'ovule et peut ainsi agir comme un véritable pansement picriqué au lieu d'être entraîné au dehors par une évacuation trop brutale des sécrétions glandulaires.

A ce topique a été ajouté, dans les ovules que nous avons utilisés, soit de l'ichthyol à la dose de 0 gr. 50 par ovule, soit du sulfostérol à la dose de 0 gr. 10.

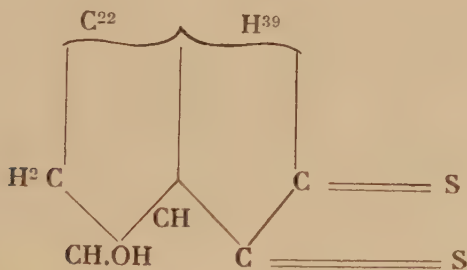
L'ichthyol (sulfo-ichthyolate d'ammonium) a des propriétés bien connues comme kératoplastique et comme microbicide et venait

(1) Pour éviter les taches dues à l'acide picrique, nous avons utilisé depuis peu des Oléovules où celui-ci est remplacé par un acide voisin et qui, cliniquement, donne des résultats peut-être même encore plus évidents.

compléter heureusement l'action de l'acide picrique. Cependant, l'ichthyol a quelques inconvénients au point de vue de sa commodité d'emploi, et le sulfostérol, qui l'a remplacé dans les Oléovules, a avantageusement pris sa place du fait de ses qualités spéciales.

Le sulfostérol est, en effet, une combinaison stable et définie de soufre et de cholestérol, qui appartient à la série des métal-loïdo et des métal-los-térols, corps nouveaux introduits récemment en thérapeutique.

Au point de vue chimique, le sulfostérol répond à la formule ci-dessous :



Le sulfostérol doit son activité au soufre *non oxydé* qu'il contient; le soufre non oxydé des noyaux organiques étant, ainsi qu'on le sait, seul doué d'action thérapeutique.

Comparativement à l'ichthyol, le sulfostérol possède les avantages suivants :

Absorption et assimilation facilitées du fait d'un noyau cholestérinique *non étranger à l'organisme*;

Proportion *quintuple* de soufre moléculaire actif non oxydé;

Aucune action locale agressive (les soufres sulfoniques, c'est-à-dire oxydés, étant seuls irritants);

Pouvoir microbicide et kératoplastique augmenté par l'association des propriétés respectives des composants (cholestérol + soufre).

Ce produit, d'ailleurs, est aussi intéressant pratiquement du fait de son absence de toxicité (chez le chien DT = 30 grammes par kilo), et du fait de sa solubilité facile dans les huiles et les graisses.

Sa composition chimique est toujours identique à elle-même et son absence d'odeur rend son emploi très appréciable dans les ovules gynécologiques.

Ces quelques mots sur la composition des ovules que nous avons employés étaient nécessaires pour mieux faire comprendre les bons résultats que nous en avons obtenus.

L'expérimentation de ces ovules a fixé leur mode d'emploi et leur posologie :

Le mode d'emploi de ces ovules picriqués est semblable à celui des autres ovules. Après avoir pris une injection faiblement antiseptique ou légèrement alcaline, la malade introduit un ovule dans le vagin, se garnit et garde la position couchée pendant une heure. Il est donc bon de recommander la mise en place de ces ovules le soir, au moment du coucher, la malade se garnissant cela va sans dire. Le lendemain matin, l'ovule ayant fondu pendant la nuit, le vagin retient des liquides chargés de débris de muqueuse desquamée que l'on retrouve sous forme de grands lambeaux épais et jaunâtres, on les balaie par une grande injection antiseptique. On continue ce traitement à la dose de deux ovules par semaine pendant trois semaines, au bout desquelles la malade vient prendre un avis médical pour savoir si elle doit cesser.

Par les observations qui suivent, où la thérapeutique picriquée a été surtout pratiquée à l'aide d'ovules, on pourra se rendre compte du grand progrès réalisé par leur emploi en gynécologie.

Leur action apparaît d'une manière particulièrement évidente dans les métrites du col, avec ulcérations où les traitements ont généralement bien peu de prise : nous pouvons donc dire que ces ovules semblent actuellement constituer à la fois le traitement le plus logique et le plus efficace des inflammations des voies génitales inférieures, que celles-ci soient ou non d'origine blennorragique.

Le gros avantage sur les autres modes de traitement picriqué est de permettre aux malades de bénéficier de cette thérapeutique sans avoir tout le temps recours au médecin.

Les inconvénients sont minimes. Tout d'abord, il y a la ques-

tion de la toxicité qu'il faut éliminer définitivement, d'abord parce que la dose de 0 gr. 05 d'acide picrique est de beaucoup inférieure à celle capable de déterminer des accidents et ensuite parce que l'acide picrique est libéré très lentement grâce à l'excipient employé. Par ailleurs, il y a la question des taches qui se produisent souvent si les femmes se garnissent insuffisamment. C'est là un petit ennui qui, parfois, inquiète les malades : il est de fait que l'acide picrique non absorbé peut tacher la région périvulvaire et c'est là un inconvénient qu'il faudra essayer de supprimer en cherchant à utiliser des corps voisins de l'acide picrique, mais non colorés. Cependant, ces taches ne sont pas constantes et, d'autre part, elles peuvent être atténuées par un lavage à l'aide d'une solution concentrée de borate de soude ou à l'aide d'une solution sulfureuse.

Avant d'exposer les observations que nous avons étudiées, il nous faut signaler que l'acide picrique est utilisé en gynécologie en dehors du traitement des vaginites et métrites.

LES AUTRES USAGES DE L'ACIDE PICRIQUE EN GYNÉCOLOGIE. — Le Docteur GAUDIER, Professeur à la Faculté de Médecine de Lille, mis au courant de notre travail, a bien voulu nous communiquer les résultats de sa longue pratique du traitement picriqué qu'il utilise en gynécologie. Nous l'en remercions très sincèrement et nous nous permettons de reproduire *in extenso* les suggestions qu'il nous a adressées et qui ouvrent des voies nouvelles sur les usages de l'acide picrique en thérapeutique gynécologique :

« Depuis plus de dix ans j'emploie les solutions d'acide picrique à saturation dans mon service de Clinique chirurgicale, pour la désinfection du vagin, préparatoire aux interventions sur les organes génitaux, tant par la voie vaginale que par la voie abdominale et aussi pour le traitement des métrites du col, du corps et comme pansement des néoplasmes inopérables du col.

« Comme désinfectant général, je n'ai qu'à m'en louer ; la solution est bien tolérée par les muqueuses, elle ne provoque ni douleur ni réaction. Pour les hystérectomies totales ou subtotaies, elle

assure une désinfection du vagin qui ne m'a jamais causé de déboires; dans ces interventions, je fais avant l'opération un lavage intra-utérin sans pression et même au tampon un badiageon de la muqueuse du corps et du col. Pour les métrites du col, pansements picriqués par compresses ou tampons, changés deux fois par jour; après les curettages, lavages picriqués. Les résultats sont très bons, et la guésion des exulcérations très rapide, comme s'il s'agissait de brûlures : naturellement, il s'agit de métrites non accompagnées de lésions salpingées et non gonococciques; cependant, même dans ce dernier cas, l'acide picrique me semble bien valoir le permanganate.

« Dans le pansement des néoplasmes inopérables et envahissants, les lavages et les pansements par saupoudration me permettent, dans la majorité des cas, d'obtenir la désodorisation rapide des ulcères et d'agir sur les hémorragies qui diminuent; la tumeur diminue aussi de volume, devient plus dure, se sclérose en quelque sorte et, si elle ne guérit pas, tend à une évolution moins rapide. Je fais aussi des injections dans la masse tumorale qui aident au résultat cherché; ces injections intra-tumorales sont de deux à cinq centimètres cubes de la solution saturée et l'examen histologique de fragments prélevés montre une diffusion profonde et une coloration des éléments cellulaires et néoplasiques ainsi que des ganglions.

« Certaines malades qui souffraient beaucoup accusent, après les pansements et les injections, une amélioration des douleurs; il est difficile de donner une statistique basée sur des chiffres, mais un fait en tient lieu : mes assistants et moi continuons l'emploi de l'acide picrique, aussi bien dans le traitement des métrites, des néoplasmes, que dans la désinfection pré-opératoire, parce que nous n'y trouvons que des avantages et pas d'inconvénients. »

Il y a donc là des emplois nouveaux de l'acide picrique (traitement des néoplasmes inopérables du col utérin, désinfection pré-opératoire), dont nous n'avons pas l'expérience personnelle, mais qui ne méritent pas moins de retenir l'attention des praticiens. Nous ne doutons pas de leur efficacité et nous pensons

qu'il y a des applications intéressantes à essayer de cette médication.

Nous serions donc prêts à nous ranger entièrement à l'avis du Docteur GAUDIER si, toutefois, il ne recommandait de saupoudrer le col dans les cas de cancers inopérables. Nous avons vu, en effet, que l'acide picrique à l'état pulvérulent doit être formellement proscrit, car sous cette forme il est susceptible de donner des accidents locaux ou généraux; il vaut donc mieux utiliser la solution picriquée.

Ceci posé, il n'en reste pas moins vrai que des horizons nouveaux s'ouvrent en gynécologie pour l'acide picrique; on se doit donc d'en faire l'essai.

II. — LES RÉSULTATS

Dans les vulvites et en particulier dans les vulvites blennorragiques arrivées à une phase subaiguë, là où le traitement picriqué a sa place, on constate une diminution très nette de la cuisson et du prurit, en général si pénible. L'écoulement devient moindre en même temps qu'il s'éclaircit et que l'analyse microscopique montre une diminution ou la disparition des gonocoques. Au point de vue local, la tuméfaction des lèvres s'atténue considérablement, et la muqueuse qui entoure l'orifice de l'urètre qui restait d'un rouge vif, se met à pâlir.

Ces résultats sont tout à fait comparables dans le traitement des vaginites, ces deux affections du reste allant souvent de pair. Il y a sédation des douleurs et disparition de la sensation de pesanteur vaginale. Localement, la muqueuse du vagin perd sa coloration rouge violacé et son aspect dépoli. L'écoulement diminue et de muco-purulent devient séreux.

Mais c'est surtout dans les métrites, — métrites chroniques, blennorragiques ou puerpérales, — que l'acide picrique donne les meilleurs résultats. En effet, si l'endocervicite est facile à amé-

liorer dans les cas aigus, elle est très difficile à guérir dans les cas chroniques. C'est, comme le dit très justement le Docteur DOUAY, « la pierre d'achoppement de la petite gynécologie ». Quels sont les résultats donnés par le traitement picriqué sur les trois éléments fondamentaux des métrites au point de vue fonctionnel ?

a) *Douleurs*. — On note une diminution de la sensation de gêne et de pesanteur diffuse. Les tiraillements dans le bas-ventre et dans les reins, dont les malades se plaignent tant, s'atténuent. Les irradiations douloureuses dans les racines des cuisses sont moins intenses, la marche est donc moins pénible et certaines femmes, après avoir suivi le traitement, ont déclaré pouvoir « voyager en autobus », — mode de locomotion qu'elles avaient dû abandonner, — sans souffrir par trop ;

b) *Leucorrhée*. — C'est sur les écoulements que l'acide picrique agit le moins vite, ce qui ne veut pas dire qu'il n'agit pas. Au début du traitement, il y a exagération des sécrétions qui entraînent l'excès de mucus. Bientôt, pourtant, l'aspect de ces pertes varie. Avant le traitement, elles étaient épaisses, verdâtres, jaunâtres, tachant le linge. Elles perdent leur viscosité, se fluidifient, deviennent plus claires et plus glaireuses. Bientôt, elles diminuent en quantité. Quant à l'examen microscopique, il montre une diminution nette du nombre de gonocoques et bientôt leur altération et leur disparition ;

c) *Troubles menstruels*. — Bien des malades qui présentaient, quelques jours avant leurs règles, une recrudescence des douleurs les ont vu disparaître ; d'autres, par contre, ont conservé des douleurs menstruelles assez violentes. Quant à la menstruation elle-même, en tant que durée et abondance, on n'a pas constaté de grandes modifications.

Etudions maintenant les résultats du traitement picriqué dans les cervicites au point de vue des signes physiques.

Après quinze jours de traitement, on constate à l'examen local une amélioration très nette des lésions, c'est là un des résultats les plus constants. La muqueuse cervicale devient moins enflammée et retrouve sa coloration rosée, alors qu'elle était rouge violacé. La congestion du col diminue ; généralisée au

début, on ne la rencontre bientôt plus qu'au voisinage de l'orifice. Le col, en même temps, se nettoie et on ne voit que très peu de glaires sourdre par l'orifice. Mais il est une amélioration sur laquelle nous tenons à insister : c'est la rapidité de la cicatrisation des ulcérations et des érosions, parce que nous pensons qu'il n'y a pas de topique capable, aussi rapidement, de cicatrisation aussi parfaite.

On note aussi, à la suite du traitement, une reprise des forces et une augmentation de poids. Devant l'amélioration locale, qui se manifeste par une atténuation des signes fonctionnels, des malades qui étaient découragées par la persistance des écoulements et des douleurs reprennent goût à la vie, et plusieurs, spontanément, nous ont dit se sentir transformées au point de vue général.

OBSERVATIONS

Nous publions dans ce chapitre quarante observations de malades présentant diverses formes cliniques de vulvites, vaginites et cervicites nettement améliorées ou définitivement guéries par le traitement picriqué.

Vingt-trois ont été recueillies par nous dans le service du Professeur J.-L. FAURE, les autres sont ou bien des observations personnelles ou bien des observations provenant des Hôpitaux Saint-Louis, Lariboisière, Saint-Lazare, Necker, Broca (1).

I. — VAGINITES BLENNORRAGIQUES

OBSERVATION N° I. — PERSONNELLE

Mlle R..., 5 ans. VULVO-VAGINITE BLENNORRAGIQUE (l'examen du pus ayant montré la présence de gonocoques) ayant débuté il y a 15 jours. Ecoulements purulents verdâtres. Inflammation et tuméfaction douloureuse de la vulve. Brûlures et vives démangeaisons. Tous les symptômes ont disparu après cinq irrigations de la vulve avec une solution d'acide picrique à 2 pour mille.

OBSERVATION N° II. — PERSONNELLE

Mlle N..., NULLIPARE. Se plaint de douleurs dans le bas-ventre, d'une sensation de pesanteur au périnée et dans les cuisses. Brûlures au niveau de la vulve et douleurs en urinant, surtout à la fin de la miction. Examen : vulve rouge vif et sanieuse. On constate deux ulcérations

(1) Nous remercions vivement les médecins et les internes de ces services pour leur grande obligeance et l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée dans notre travail.

siégeant l'une sur une lèvre, et l'autre au niveau de la fourchette, vagin très douloureux. Il est impossible de pratiquer le toucher et encore moins d'introduire un spéculum. L'examen microscopique du pus montre la présence de nombreux gonocoques. Il s'agit donc d'une *vulvo-vaginite blennorragique suraiguë. L'urètre paraît être envahi par l'infection.* On commence par calmer les phénomènes aigus par des irrigations vulvaires et des injections vaginales de solutions alcalines pratiquées avec une canule de petit calibre. Au quatrième jour, on pratique un pansement à l'acide picrique que l'on renouvelle quatre jours après. Au quatrième, la malade souffre moins et le spasme du vagin est moins accentué. La vulve et le vagin sont beaucoup moins douloureux et l'écoulement, tout en étant encore assez abondant, est moins puriforme. Les ulcérations sont plus lisses et ont moins mauvais aspect. On peut enfin introduire un spéculum et on trouve un col sain. On cesse les pansements et on prescrit trois Oléovules par semaine. Au bout de deux semaines, l'écoulement diminue considérablement et dans les pertes matinales on ne découvre plus de gonocoques. La muqueuse de la vulve et celle du vagin redeviennent fraîches et roses.

OBSERVATION N° III. — HOPITAL BROCA

Mme L..., 20 ans. Pas de grossesse, pas de fausse couche. Se plaint de cuissos et de démangeaisons intolérables au niveau de la vulve. Se plaint de pollakiurie et dit ne pouvoir uriner sans crier. A l'examen, on constate que la vulve et le vagin sont pleins de pus. La pression sur l'urètre d'arrière en avant, avec un doigt, fait sourdre une goutte de pus au niveau du méat. Les parois vaginales sont dépolies et d'un rouge vif. Au spéculum, dont la mise en place est douloureuse, on constate un col gros, béant, mais non ulcéré. Il s'agit donc de vulvo-vaginite vraisemblablement à gonocoques. Bains calmants et injections émollientes. A la phase subaiguë, attouchements de la vulve et du vagin tous les deux jours avec une solution picriquée à 8 pour mille. En dix jours, amélioration manifeste : écoulements notablement diminués et devenus plus fluides. Tuméfaction et phénomènes inflammatoires nettement améliorés.

OBSERVATION N° IV. — HOPITAL BROCA

Mme T..., 48 ans, mariée, trois enfants, pas de fausse couche. A subi une opération pour prolapsus. Souffre de cuissos dans le vagin, ténésme rectal, pertes blanches assez abondantes. Au toucher : vagin

douloureux, col mou et gros. L'introduction du spéculum est sensible, la muqueuse vaginale très irritée, avec des plaques ecchymotiques. Col gros et rouge. On recommande la mise en place de deux Oléovules par semaine. Au bout de quinze jours, les brûlures deviennent moins pénibles, les muqueuses vaginales et cervicales sont moins rouges et moins enflammées. Au bout de trois semaines, disparition totale des cuissos et des pertes.

II. — VAGINITES D'ETIOLOGIE IMPRÉCISE

OBSERVATION N° V. — HOPITAL BROCA

Mme L..., 40 ans, a subi, le 20 juillet 1931, une hystérectomie subtotale pour salpingite double. Elle revient le 5 janvier 1932, souffrant de cuissos vives dans le vagin accompagnées de pertes jaunâtres. Depuis son opération, la malade a toujours souffert, mais ces phénomènes se sont exagérés depuis une quinzaine de jours. A l'examen : vagin rétracté, petit; col petit mais souple. Au spéculum : orifice vulvaire rouge, parois vaginales rouges, rugueuses, saignant facilement. Le 5 janvier, nous pratiquons un premier pansement picriqué. Le 11, un second; on remarque déjà une diminution des cuissos. Au quatrième pansement, les pertes ont fortement diminué et les muqueuses du vagin sont beaucoup moins sensibles. Le col est moins rouge. On applique alors des ovules picriqués, deux par semaine, et cinq semaines après le début du traitement, on constate une disparition complète des pertes, l'état des muqueuses est très amélioré, les sensations de brûlure ont disparu.

OBSERVATION N° VI. — HOPITAL BROCA

Mme G..., âgée de 19 ans, vient à la consultation parce qu'elle a des pertes blanches abondantes avec de grosses glaires verdâtres. Régliée à 13 ans. Un accouchement en 1929 qui s'est passé normalement sans complications. Pourtant les pertes datent de cette époque. Le 21 janvier 1932, premier pansement picriqué, suivi d'un second, cinq jours après. Les pertes sont déjà moins abondantes. On cesse les pansements et on utilise les Oléovules. Au bout de quatre, l'état local est très amélioré. Le col, qui était béant et rouge, est bien nettoyé et une exulcération est en voie de cicatrisation. La malade disparaît.

OBSERVATION N° VII. — PERSONNELLE

Mme N..., mariée, pas d'enfant, pas de fausse couche. Depuis deux mois, brûlures vaginales accompagnées de quelques pertes blanches. Ces brûlures rendent les rapports douloureux. Au toucher, vagin très sensible, utérus gros, col petit. Au spéculum : muqueuse vaginale rugueuse, craquelée et saignante; col rouge, non ulcéré. On constate quelques petites érosions vulvaires. Pas de gonocoques dans les sécrétions à l'examen direct sur lames. Badigeonnages minutieux du vagin après nettoyage avec la solution picriquée, et ce, trois fois par semaine. Dès ce moment, la muqueuse vaginale reprend sa souplesse. Les érosions vulvaires que l'on a touchées avec l'acide picrique se cicatrisent. Pour lutter contre la légère métrite concomitante, on continue le traitement par l'emploi de deux Oléovules par semaine.

OBSERVATION N° VIII. — SAINT-LAZARE

Mlle P... entre à l'infirmerie de Saint-Lazare le 5 janvier pour des pertes verdâtres abondantes apparues depuis cinq jours. A l'examen du pus, on trouve de nombreux gonocoques. A l'examen, le col est rouge, très irrité, plusieurs ulcérations en coup d'ongle. Diagnostic : vaginite, cervicite et urétrite.

Le 12 janvier, trois Oléovules ont été appliqués. La vaginite est guérie. L'examen au spéculum, très douloureux au début, est devenu facile. Le col est uniformément rouge et il y a encore quelques pertes blanchâtres. Prélèvement : des polynucléaires, nombreuses cellules épithéliales, mais pas de gonocoques. Le 19 janvier après, cinq Oléovules. Seule, la pression, en insistant, fait sourdre un léger écoulement glaireux. Le col est d'aspect normal. Prélèvement : pas de microbes. La malade est autorisée à sortir.

III. — VAGINITES ET MÉTRITES DU COL AVEC PRÉSENCE DE GONOCOQUES

OBSERVATION N° IX. — HOPITAL BROCA

Mme C..., 30 ans, présente de fortes démangeaisons vulvo-vaginales accompagnées de pertes glaireuses, épaisses et jaunâtres. Le début de ces troubles remonte à dix ans; à ce moment, la malade présente les

signes d'une blennorrhagie aiguë avec pertes abondantes et douleurs intenses à la miction; cette blennorrhagie fut négligée et non traitée, les pertes continuèrent, s'accompagnant d'un prurit incessant. Deux ans après, la malade décide de se faire traiter et un médecin lui prescrit des injections et fait des pansements qu'elle ne peut préciser; ceux-ci amènent une sédation des douleurs et diminuent l'écoulement. En 1930, la malade recommence à avoir des pertes jaunâtres et des douleurs vaginales telles qu'elle doit cesser tout rapport sexuel. Un médecin lui fait des cautérisations du col, malgré cela les démangeaisons deviennent insupportables, se compliquant d'un spasme du vagin. (Par ailleurs, en 1931, elle consulte à St-Louis pour une éruption apparue récemment, on pratique un Wassermann qui est fortement positif.) La malade vient ensuite à Broca, car le prurit, le vaginisme et les pertes persistent. On lui fait deux fois par semaine un pansement picriqué. Avant le traitement, on constate que le col est gros et rouge, exulcéré, laissant suinter un liquide verdâtre et filant; que le vagin est rouge et rugueux, présentant des granulations et des plaques ecchymotiques. L'examen microscopique du pus montre la présence de gonocoques. Après le second pansement supporté assez bien, elle dit moins souffrir et constate que son prurit est moindre. On cesse les pansements et on emploie des Oléovules — un tous les deux jours. Après l'application du sixième, le vaginisme a disparu, il y a une forte diminution du prurit, les sécrétions commencent à se tarir et l'on peut constater l'absence de gonocoques. Le col est très amélioré, les muqueuses vaginales et vulvaires ont repris leur souplesse.

OBSERVATION N° X. — HOPITAL BROCA

Mme S..., 25 ans, mariée. Présente une grosse métrite du col avec pertes purulentes renfermant des gonocoques. On pratique un traitement par cinq pansements et on ordonne la mise en place de six ovules picriqués. En six semaines, on obtient une guérison parfaite. On revoit la malade deux mois plus tard pour un examen de contrôle. Sans autre traitement dans l'intervalle, il n'y a jamais eu de pertes blanches, la guérison paraît donc définitive.

OBSERVATION N° XI. — PERSONNELLE

Mme V..., 34 ans. Gros col béant avec très grosse ulcération sur la lèvre antérieure, ulcération également sur la lèvre postérieure dont la muqueuse est en ectropion. Pertes nettement purulentes où l'on décèle du gonocoque. Douleurs périnéales et lassitude générale.

Le 2 mars, on fait un pansement vaginal picriqué suivi de deux autres les 5 et 11 mars. Grosse amélioration, diminution des pertes et des douleurs. La recherche du gonocoque est encore positive.

On intercale un pansement hebdomadaire et deux ovules à l'acide picrique. L'état local, bien qu'amélioré, n'est pas encore parfait. Les ulcérations sont en voie de cicatrisation, mais le col est encore gros. On continue à traiter la malade et on voit progressivement le col reprendre son volume et son aspect normal.

OBSERVATION N° XII. — HOPITAL BROCA

Mlle C..., 17 ans. NULLIPARE. Pas de fausse couche. Est envoyée à la consultation à cause d'une ménorragie datant de douze jours et d'une ulcération assez étendue à la lèvre antérieure du col. Après repos absolu de huit jours au lit, l'hémorragie cesse. L'examen pratiqué alors, montre un col de métrite blennorragique avec érosion de la lèvre antérieure. On commence le traitement picriqué, la malade restant couchée, par les trois ovules par semaine. Au cinquième, on voit un mieux sensible. L'érosion se comble, le col redevient normal et reprend une couleur rosée. On continue le traitement, l'orifice devient linéaire, l'amélioration s'accroît.

OBSERVATION N° XIII. — HOPITAL BROCA

Mme D..., NULLIPARE. Pas de fausse couche. Contracte une blennorragie aiguë en septembre. Puis bartholinite. Col très gros, orifice petit, bordé d'un liseré rougeâtre. Gouttelette du muco-pus épais, gris verdâtre, venant sourdre à son orifice. L'examen montre la présence de gonocoques. On pratique deux pansements picriqués par semaine, auxquels on adjoint des injections vaginales oxygénées. Au troisième pansement, amélioration. Pertes moins abondantes et moins purulentes. L'état local a peu changé. On continue une semaine encore, après quoi on constate que le col commence à diminuer de volume et à reprendre sa coloration rosée. Il n'y a plus de gonocoques dans les sécrétions.

OBSERVATION N° XIV. — HOPITAL BROCA

Mme F..., 26 ans. NULLIPARE. Mariée depuis un an. Vient à la consultation à cause d'une pesanteur continue dans le bas-ventre. Leucorrhée passée inaperçue de la malade. Le col à l'examen est gros et irrégulier.

Muqueuse en ectropion, au niveau de laquelle on voit baver une glaire jaune verdâtre de muco-pus. Gonocoques à l'examen microscopique. Injections alcalines et pansements picriqués. Au cinquième pansement, l'examen du muco-pus de la cavité cervicale ne révèle plus de gonocoques. On supprime les pansements qu'on remplace par des Oléovules, deux par semaine. Quinze jours plus tard, on constate un aspect sensiblement normal du col, qui est devenu régulier et rose. La leucorrhée a diminué mais n'a pas totalement disparu.

OBSERVATION N° XV. — HOPITAL BROCA

Mme A... se plaint de douleurs à la miction et présente depuis un mois des pertes abondantes verdâtres qui tachent le linge. A l'examen : col rouge enflammé, saignant facilement, avec une érosion sur la lèvre postérieure de la muqueuse qui est gonflée et forme un ectropion. On voit sourdre au niveau du col, par l'orifice, une mucosité mêlée de pus verdâtre, dans lequel l'examen microscopique montre la présence de gonocoques. On traite cette métrite cervicale par les Oléovules, trois par semaine. En vingt jours, grosse amélioration. Le col utérin a perdu son inflammation. L'ulcération est presque complètement cicatrisée. Les mucosités qui s'écoulent montrent la présence de quelques rares gonocoques. La malade continue le traitement et dix jours plus tard, elle revient consulter. L'ulcération est définitivement cicatrisée. Elle ne présente plus aucun phénomène congestif au niveau du col et l'examen des sécrétions ne permet plus de déceler la présence de gonocoques.

OBSERVATION N° XVI. — HOPITAL BROCA

Mme C..., 25 ans, vient consulter parce qu'elle a des mictions fréquentes et douloureuses et qu'elle perd abondamment. Elle est mariée depuis un mois et elle nous dit que son mari a un écoulement urétral matinal. On prescrit des ovules picriqués, deux par semaine, et au bout de quinze jours, l'amélioration est telle que la malade se croit guérie et ne revient plus. On la revoit six semaines plus tard pour des pertes vertes très abondantes. L'infection génitale est alors extrême. La vulve est rouge et tuméfiée, la face interne des cuisses est excoriée par un écoulement épais et purulent. Au toucher, col utérin énorme et corps gros, mou et douloureux. Au spéculum, dont la mise en place est douloureuse, le col est turgescent et les deux lèvres font hernie. De l'orifice, on voit sourdre un liquide jaune verdâtre. Les annexes sont libres, gonocoques nombreux à l'examen microscopique.

pique. On fait deux pansements picriqués par semaine et on recommande des irrigations quotidiennes de la vulve avec la solution picriquée à 2 pour mille. En trois semaines, grosse amélioration. Les pertes sont plus filantes, plus claires. Le col se décongestionne et les douleurs sont fortement atténuées. On alterne alors Oléovule et pansement et au bout de quinze jours, l'amélioration s'accroît. Les gonocoques ont disparu.

OBSERVATION N° XVII. — SAINT-LAZARE

Mme L... est envoyée à l'infirmerie, le 2 février 1932, pour des pertes jaunâtres et purulentes, se plaint aussi de douleurs périnéales et lombaires. A l'examen, le col est rouge et saigne au moindre contact; les parois du vagin sont enflammées et douloureuses. Diagnostic : vaginite intense et métrite aiguë. Le prélèvement montre des gonocoques. Le 9 février, deux Oléovules ont été mis : vaginite améliorée. Le col encore très rouge ne saigne plus. Les pertes purulentes sont moins abondantes et l'examen microscopique montre des polynucléaires nombreux, des cellules épithéliales et quelques rares gonocoques. Le 19 février, cinq Oléovules ont été appliqués. Il n'y a plus de vaginite. Le col est beaucoup moins rouge et les pertes glaireuses sont minimes et ne montrent plus de gonocoques à l'examen. La malade quitte alors l'infirmerie.

OBSERVATION N° XVIII. — SAINT-LAZARE

Mlle L..., 20 ans, est admise pour des pertes très abondantes et qui tachent. A contracté la blennorrhagie il y a deux ans et depuis perd sans arrêt. Depuis une quinzaine, toutefois, il y a recrudescence des phénomènes douloureux. A l'examen, on trouve un col de métrite catarrhale subaiguë, col rouge entr'ouvert laissant sourdre une glaire. Le cul-de-sac vaginal gauche est douloureux. On prescrit un Oléovule deux fois par semaine et au bout de dix jours les pertes ont considérablement diminué et ont changé d'aspect. Elles sont plus claires et filantes. L'état local est meilleur; le col est redevenu rose, son orifice est arrondi.

On continue le traitement quinze jours. La douleur du cul-de-sac gauche s'atténue.

OBSERVATION N° XIX. — SAINT-LAZARE

Mlle V..., 26 ans, entre à l'infirmerie de Saint-Lazare le 25 janvier. C'est son troisième séjour en un an et chaque fois pour métrite. A l'entrée, pertes très abondantes glaireuses et purulentes. La malade dit avoir les mêmes pertes depuis un an. Elle se plaint de douleurs abdominales. A l'examen, le col est énorme, déchiqueté de multipare, les culs-de-sac sont douloureux. Prélèvement : du pus en abondance et quelques gonocoques. Le 2 février : trois Oléovules. Le col est encore rouge et enflammé, mais non saignant. Les pertes persistent mais sont moins abondantes. Deux lames ne montrent pas de gonocoques. Le 9 février, les pertes sont moins abondantes, plus glaireuses et l'examen ne montre que des cellules épithéliales et des polynucléaires. Le 16 février, sept Oléovules ont été mis. Grosse amélioration. Les douleurs ont disparu. Le col a considérablement diminué de volume. Les pertes sont peu abondantes et il n'y a pas de microbes. La malade est autorisée à quitter l'infirmerie cinq jours après.

OBSERVATION N° XX. — SAINT-LAZARE

Mme F..., 21 ans, est admise à l'infirmerie de Saint-Lazare avec le diagnostic d'endocervicite. Elle se plaint de pertes jaunâtres très abondantes qui tachent le linge. A l'examen, on trouve une muqueuse vaginale enflammée, recouverte d'un enduit jaune verdâtre abondant. Au spéculum, le col est gros et présente une ulcération circonférentielle de la grandeur d'une pièce de 10 centimes en nickel; la muqueuse est à vif et saigne facilement au moindre contact; le tout entouré d'une érosion et de cicatrices consécutives à un accouchement. L'examen microscopique du prélèvement cervical a montré de nombreux gonocoques. On applique un Oléovule tous les deux jours. Au cinquième ovule on constate que l'érosion et l'ulcération se cicatrisent rapidement et se recouvrent de muqueuse normale. Les pertes diminuent et ne contiennent plus de gonocoques. Au huitième Oléovule, l'ulcération est totalement cicatrisée et le col est redevenu normal.

OBSERVATION N° XXI. — HOPITAL SAINT-LOUIS

Mme L..., 29 ans. NULLIPARE. Vient à la consultation parce que depuis une quinzaine elle souffre « dans les reins », dit-elle, et perd abondamment. Ces pertes sont constituées par un muco-pus très épais jaune verdâtre, où l'examen microscopique permet de déceler le gonocoque. A l'examen, parois vaginales enflammées, col très gros et utérus sensible à la mobilisation. Le spéculum laisse voir un col

dont la muqueuse turgescence présente une exulcération sur sa lèvre postérieure. On conseille trois Oléovules par semaine et au bout de douze jours la malade revient. Elle souffre moins, les pertes persistent mais ont diminué et l'examen ne permet plus de retrouver le gonocoque. On continue encore deux semaines le traitement. Le col est complètement nettoyé et a beaucoup diminué. L'ulcération est presque entièrement cicatrisée.

IV. — MÉTRITE DU COL D'ÉTILOGIE IMPRÉCISE

OBSERVATION N° XXII. — HOPITAL BROCA

Mme B..., 25 ans. Depuis son accouchement en 1930, se plaint de douleurs fréquentes dans la région sacro-coccygienne et dans les jambes. Grande asthénie. La malade, incapable du moindre effort, mange à peine et a maigri de plusieurs kilos. Leucorrhée marquée et très tenace : pertes muco-purulentes tachant légèrement le linge.

Au toucher, utérus de volume moyen, mais au spéculum le col apparaît fortement augmenté de volume, il est rouge vif; son orifice est béant et dilacéré. La cavité cervicale est distendue par les sécrétions. Le 24 février, on pratique un pansement à l'acide picrique en solution à 8 pour mille, que l'on renouvelle deux fois par semaine pendant quinze jours. Les sécrétions commencent à diminuer. On fait alors alterner un pansement et deux Oléovules par semaine, et la malade revient et déclare spontanément se sentir beaucoup mieux. Elle ne souffre plus, retrouve l'appétit. Son état général est meilleur. Le 15 mars, l'état local est excellent. Le col est redevenu normal et il y a disparition complète des pertes.

OBSERVATION N° XXIII. — HOPITAL BROCA

Mme M..., 50 ans. Régulée à 13 ans, mariée à 27 ans. Quatre enfants après accouchements normaux. Jamais de fausse couche. Depuis six semaines, pertes verdâtres tachant le linge. Douleurs à la miction et douleurs lombaires. Examen : vagin enflammé, farci de granulations. Le spéculum, douloureux à introduire, montre un col rouge et œdématié, l'orifice cervical laisse baver une glaire épaisse. On note deux érosions sur la muqueuse du col qui est éversée. Deux

pansements vaginaux à l'acide picrique sont pratiqués par semaine, pendant quinze jours. On commence à observer une amélioration locale très nette. Les ulcérations se combler et le col est détergé. On arrête les pansements et conseille deux Oléovules par semaine. Au quatrième, les sécrétions ont très notablement diminué, les douleurs s'estompent. On arrête le traitement pendant les règles de la malade qui, améliorée, n'est plus revenue à la consultation.

OBSERVATION N° XXIV. — PERSONNELLE

Mme C..., 25 ans, accouchement en 1929 avec suites de couches normales. Fausse couche un an plus tard. Début apparent de la métrite il y a dix-huit mois, caractérisée par des pertes blanches abondantes et persistantes malgré différents traitements. A l'examen, col gros, orifice linéaire dont les deux lèvres sont éversées. Ectropion constitué par une muqueuse rouge vif. Pas de lésions annexielles. Il s'agit vraisemblablement d'une métrite chronique à forme mixte. Application de deux pansements picriqués par semaine. Au troisième pansement, la malade se plaint d'une douleur dans le côté droit. Légère réaction salpingienne. On remplace les pansements par les Oléovules, et après l'application du sixième ovule, on trouve un col dont la muqueuse a repris une coloration normale. Le pourtour de l'orifice est devenu très souple. On note une reprise des forces.

OBSERVATION N° XXV. — HOPITAL BROCA

Mme F..., 26 ans. Pertes blanchâtres depuis trois mois, souffre des reins et a de la peine à se tenir sur ses jambes. Examen : vulve très rouge, un écoulement très abondant. L'introduction du spéculum provoque de vives douleurs. Le col est gros et on constate une large ulcération sanicuse sur la lèvre postérieure. Les parois vaginales sont enflammées, enduites d'un mucus épais et d'aspect gélatineux. Vulvo-vaginite catarrhale, probablement blennorragique avec ulcération du col. Traitement calmant pour débiter. Bains et injections émollientes et alcalines. Quand les phénomènes aigus sont atténués, deux pansements picriqués par semaine. Au quatrième, l'écoulement qui a d'abord augmenté, devient plus fluide et moins abondant; l'ulcération cervicale est déjà en voie de cicatrisation et est devenue opaline. On alterne un pansement et un Oléovule par semaine. Quinze jours après la vulve et les parois vaginales ont un bien meilleur aspect, le col est propre, l'ulcération complètement cicatrisée.

OBSERVATION N° XXVI. — HOPITAL BROCA

Mme H..., 30 ans. NULLIPARE. Vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre accompagnées de pertes blanches. Les pertes remontent à l'enfance, mais ont changé de caractère depuis un an environ; elles sont devenues plus jaunes, plus épaisses et tachent le linge. Mictions fréquentes et douloureuses. Douleurs abdominales siégeant dans l'hypogastre et irradiant à la racine des cuisses et dans la région lombaire, exagérées par la fatigue et la marche prolongée. Enfin, depuis quelque temps, la malade accuse du côté gauche un point douloureux dont elle souffre surtout au moment des règles. Règles d'abondance moyenne et douloureuses, surtout les deux premiers jours. A l'examen: col augmenté de volume, orifice externe fermé, annexes gauches sensibles; la muqueuse cervicale est rouge violacé et présente une exulcération sur la lèvre postérieure. La sécrétion qui s'écoule du col est formée par des polynucléaires altérés, des cellules desquamées, de l'épithélium cervical sans gonocoques. Il s'agit donc de métrite chronique du col. On institue le traitement picriqué, un pansement vaginal et un Oléovule par semaine. Au bout de trois semaines, la malade se déclare beaucoup mieux; les douleurs se sont atténuées, la sécrétion du col diminue et le col lui-même présente une amélioration très nette, l'exulcération est presque comblée.

OBSERVATION N° XXVII. — HOPITAL BROCA

Mme F..., 30 ans. Métrite non soignée depuis six ans. Perd abondamment, douleurs très vives à la suite d'une marche un peu longue. Examen : col très gros, œufs de Naboth. Ulcération de la muqueuse cervicale. On fait deux pansements à l'acide picrique en solution aqueuse espacés de quatre jours. On note déjà une atténuation des douleurs. On prescrit alors un pansement et un ovule picriqué par semaine. Au bout de trois semaines, les pertes, auparavant très abondantes, ont diminué énormément et elles sont devenues muqueuses, opalines. L'ulcération du col est en voie de cicatrisation. Le col se nettoie et une semaine plus tard la malade revient et dit ne s'être jamais sentie aussi bien; la fatigue diminue et elle a gagné 3 kilos.

OBSERVATION N° XXVIII. — PERSONNELLE

Mme B..., 30 ans, mère de deux enfants. Le dernier accouchement remonte à trois ans et depuis se sont installées douleurs et pertes.

A l'examen, le col est très atteint : grande ulcération bilatérale, éversion des deux lèvres qui sont œdématisées et couvertes de muco-pus. Le corps utérin semble de volume normal et l'utérus n'est pas très sensible à l'exploration; il y a des douleurs pelviennes et lombaires, et surtout une leucorrhée abondante, continuelle, dont la malade se plaint comme d'une véritable infirmité. L'examen des sécrétions est négatif au point de vue des gonocoques. On prescrit à la malade un Oléovule tous les trois jours et on lui conseille le minimum d'efforts. Examinée dix-sept jours après le début du traitement, le col est parfaitement restauré; il a repris sa forme d'avant et son volume est normal. L'infection, les déchirures et l'ectropion ont disparu. La muqueuse externe est rose, l'orifice arrondi et perméable. La sécrétion est réduite à une goutte de mucus clair. La seule altération, encore visible au museau de tanche, a un aspect lisse et vernissé. On continue le traitement en donnant deux Oléovules seulement par semaine et un nouvel examen a lieu quinze jours après; on a alors sous les yeux un col de nullipare, l'aspect vernissé a disparu et la souplesse des tissus est normale. Enfin, la malade est débarrassée de cette leucorrhée qui l'obsédait et se dit entièrement guérie.

OBSERVATION N° XXIX. — HOPITAL SAINT-LOUIS

Mlle M..., 20 ans, vient à la consultation de Saint-Louis le 23 janvier 1932. Contact infectant le 20 janvier. Depuis, pertes abondantes jaunâtres tachant le linge et douleurs à la miction. L'examen permet de constater une urétrite avec urines louches, un col rouge tuméfié, mais non ulcéré. Le prélèvement des sécrétions cervicales très intenses, permet de constater de très nombreux gonocoques. La malade revient à la consultation pour faire soigner son urétrite et on lui prescrit des Oléovules à appliquer chez elle. Le 1^{er} février, grosse atténuation des symptômes. Les pertes sont peu abondantes et plus claires. Le prélèvement montre des polynucléaires, des cellules épithéliales et pas de gonocoques. L'état local s'améliore; le col reprend sa coloration normale. Le 10 février, la guérison paraît entière. Il n'y a plus de pertes.

OBSERVATION N° XXX. — HOPITAL SAINT-LOUIS

Mme V..., 41 ans, vient à la consultation le 16 janvier 1932. Blennorragie en 1927. Depuis, pertes persistantes avec alternatives d'amélioration et de rechute. La malade se plaint surtout de recrudescence des pertes quelques jours avant les règles et de légères métror-

ragies malgré les injections au permanganate quotidiennes. Les relations sont très douloureuses et la malade ressent des douleurs abdominales le soir. A l'examen, col rouge énorme avec grosse ulcération. L'utérus mobile est très douloureux. Les pertes jaunâtres et abondantes ne montrent pas de gonocoques au microscope. Le 30 janvier, six Oléovules ont été mis. Il y a disparition des métrorragies et des douleurs. L'ulcération pâlit et est en voie de cicatrisation. Le 6 février, huitième Oléovule; la malade se déclare très satisfaite. Elle ne perd presque plus, si ce n'est le matin quelques sécrétions très claires. L'utérus n'est plus douloureux. L'ulcération est complètement cicatrisée. On conseille de prolonger le traitement pour assurer la guérison.

OBSERVATION N° XXXI. — HOPITAL SAINT-LOUIS

Mme E..., 26 ans, vient consulter parce que malade depuis quatre ans, à la suite de son dernier accouchement, elle éprouve des pesanteurs pelviennes et lombaires et est fort incommodée d'une leucorrhée qui ne cède pas, malgré les traitements appliqués. A l'examen, le col est gros, fortement œdématié et présente une ulcération sur sa lèvre postérieure. Sa coloration est rouge violacé et l'on voit baver par son orifice une glaire muco-purulente. Pas de gonocoques à l'examen direct. On conseille les Oléovules, deux par semaine. Au quatrième, la leucorrhée a diminué et est devenue filante, l'ulcération est en voie de disparition, les pesanteurs pelviennes ont à peu près disparu. On continue le traitement et l'amélioration de l'état local s'accroît, tandis que les écoulements se tarissent.

V. — MÉTRITES TOTALES BLENNORRAGIQUES OU NON

OBSERVATION N° XXXII. — HOPITAL BROCA

Mme N..., 22 ans. Métrite du corps soignée depuis quatre ans huit mois par des injections de permanganate de potasse à 0 gr. 50 pour mille, puis par différents vaccins. Malgré tout, les pertes continuent à être très abondantes, verdâtres, empesant le linge. Un examen de pus cervical ne permet pas de déceler de gonocoques. Le 5 décembre, on commence le traitement :

Un Oléovule tous les trois jours. En quinze jours, l'écoulement semble tari. Il a commencé par perdre sa coloration verdâtre et est devenu plus filant. On cesse une semaine le traitement picriqué et on conseille des injections tièdes au bicarbonate de soude. Le 10 janvier, on le reprend. Deux Oléovules par semaine et le 19 janvier la malade peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION N° XXXIII. — PERSONNELLE

Mme B... se plaint depuis deux ans d'un écoulement vaginal jaunâtre crémeux, continu, empesant le linge. Au toucher, utérus gros et col énorme. Au spéculum, col congestionné, violacé, orifice entr'ouvert. La recherche des gonocoques dans le pus cervical est positive. Le 16 janvier, on fait un premier pansement picriqué et un second le 20. Dès ce moment, la malade affirme avoir constaté une légère amélioration : sécrétions moins abondantes et moins purulentes. Le 23 janvier, on prescrit à la malade des ovules picriqués, un ovule deux fois par semaine. Elle revient nous voir deux semaines plus tard et se plaint de petites douleurs dans le bas-ventre. On continue toutefois le traitement après avoir constaté qu'il n'existe pas de réactions des annexes. Le 1^{er} février, la malade ne perd plus. Le col a diminué de volume et a repris son aspect rosé; on la considère comme guérie. Elle revient trois semaines après; la guérison est confirmée. L'utérus a diminué de volume et le col paraît normal. La malade a gagné deux kilos.

OBSERVATION N° XXXIV. — HOPITAL BROCA

Mme L..., 24 ans. Grossesse en 1928. Accouchement normal. Nouvelle grossesse et accouchement sans incident en 1929. Vient consulter le 10 février pour pertes blanches jaunâtres datant du dernier accouchement. La malade présente, en outre, des douleurs dans le bas-ventre. Les règles, très abondantes, durent sept à huit jours et sont très douloureuses. A l'examen, on constate un col gros, rouge et ulcéré. Application d'Oléovules tous les trois jours. En dix jours de traitement, plus de douleurs et moins de pertes. Les règles n'ont duré que trois jours et ont été moins douloureuses. Etat local excellent.

OBSERVATION N° XXXV. — HOPITAL BROCA

Mme P..., mariée en 1923. Premier accouchement en 1924. Suites de couches normales. Second accouchement en 1926. Trois mois après, début apparent de la métrite. Asthénie, règles irrégulières et peu abondantes. Pertes blanches qui persistent. Elle est déjà traitée pour métrite depuis quatre ans. Examen : col énorme. Erosions sur le pourtour de l'orifice qui est linéaire. Corps utérin très augmenté de volume. Sécrétions purulentes très abondantes. Les annexes sont libres. On pratique deux pansements picriqués par semaine, puis un seul, en remplaçant l'autre par un ovule picriqué. A la troisième semaine du traitement, la sécrétion glaireuse a diminué. On poursuit le traitement uniquement par deux ovules hebdomadairement pendant trois autres semaines. Le col reprend son aspect normal; il n'y a plus aucune sécrétion à son orifice. L'état général est meilleur et la malade augmente de poids.

OBSERVATION N° XXXVI. — HOPITAL BROCA

Mme M..., 23 ans, a fait une fausse couche de deux mois il y a trois semaines. Cinq jours après, la leucorrhée s'est installée, abondante et très épaisse. Examen : utérus rétroversé. Col de métrite blennorragique qui s'est réveillée à l'occasion de l'avortement. Ecoulements jaune verdâtre très épais. Pas de gonocoques à l'examen. Le traitement picriqué est institué, deux pansements par semaine et, dans l'intervalle, injections au permanganate. Au quatrième pansement, diminution de la leucorrhée. On remplace les pansements par des ovules. Le col redevient propre en même temps que son orifice s'arrondit et devient perméable.

OBSERVATION N° XXXVII. — HOPITAL BROCA

Mme M..., 45 ans, se plaint de douleurs dans le ventre, irradiant vers les aines, les cuisses et les lombes. A eu huit enfants, accouchements normaux. Une fausse couche de trois mois il y a deux ans. La malade est restée au lit pendant trois ou quatre jours et a repris ensuite son travail habituel. Dix mois après cette fausse couche, la malade ressent sur le côté droit du ventre une douleur vive. A partir de ce moment, les règles deviennent douloureuses et moins abondantes. Pertes blanches surtout avant les règles. A l'examen, métrite avec gros col mou en barillet. Ectropion de la muqueuse cervicale

avec érosions. On prescrit deux ovules à l'acide picrique par semaine à la malade, et au sixième ovule l'ectropion est en voie de cicatrisation. Les règles sont un peu moins douloureuses mais toujours peu abondantes.

OBSERVATION N° XXXVIII. — HOPITAL BROCA

Mme R..., réglée à 14 ans sans aucun trouble. Mariée à 19 ans, elle a une fille à 20 ans. Depuis ce temps, elle accuse des pertes blanches, surtout marquées avant les règles. A 22 ans, elle a un garçon. Enfin, il y a quinze jours, elle fait une fausse couche de sept semaines. Elle ne reste couchée que quatre jours et continue à perdre du sang et des glaires. Elle vient alors à la consultation, où elle subit un curettage. Elle revient trois semaines après avec un écoulement jaunâtre considérable. A l'examen : utérus antéversé, involution incomplète de l'utérus, mais il n'y a plus d'hémorragie. On conseille deux ovules à l'acide picrique par semaine, et au bout de vingt jours on constate que les pertes sont complètement disparu et que l'utérus a retrouvé son volume normal.

OBSERVATION N° XXXIX. — HOPITAL BROCA

Mme R..., 29 ans, a eu une fille il y a quatre ans, et depuis souffre sans arrêt d'une pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs lombaires. Le moindre effort lui est interdit.

A l'examen, le col est très volumineux, l'utérus est gros, mou et douloureux. Le spéculum permet de constater que le col est rouge, érodé, saignant au moindre contact. L'orifice utérin est très élargi et la muqueuse très enflammée et baignée d'un liquide purulent verdâtre. On institue le traitement picriqué, deux pansements par semaine pendant vingt jours, puis un pansement et un Oléovule par semaine. Au bout d'un mois de traitement, la plupart des phénomènes douloureux ont disparu. La malade peut vaquer à ses occupations. Au point de vue de l'état local, le col, s'il est encore un peu gros, est moins érodé. Les pertes muqueuses n'existent plus que le matin et sont filantes, n'empesant plus le linge.

OBSERVATION N° XL. — HOPITAL SAINT-LOUIS

Mme A..., 23 ans, vient à la consultation de Saint-Louis pour des douleurs dans les racines des cuisses et dans les lombes accompagnées d'écoulements jaunâtres. Ses règles sont douloureuses et elle ressent aussi des douleurs périnéales quand elle est assise. A l'examen, l'utérus est gros et au niveau de l'orifice du col, il existe quelques érosions. La muqueuse cervicale fait hernie par l'orifice lacéré. Il n'y a pas de réactions annexielles et l'examen du pus n'a pas montré la présence de gonocoques. On fait appliquer deux Oléovules par semaine et au douzième jour la malade revient et dit se sentir mieux. Les douleurs sont moins vives, la station debout moins pénible. Les pertes sont toutefois encore abondantes, mais moins visqueuses. A la fin de la troisième semaine du traitement, il y a une grosse amélioration de l'état local. Les érosions cervicales sont cicatrisées et l'ectropion a considérablement diminué.

CONCLUSIONS

Il résulte des études précédentes que l'acide picrique possède, à l'égard des affections des voies génitales inférieures, des propriétés précieuses :

1° *Antiseptiques* et *bactéricides* qui amènent une utile décongestion et permettent de lutter contre l'infection;

2° *Analgésiques* qui en font un résolutif de choix;

3° *Kératoplastiques* permettant une cicatrisation rapide des ulcérations.

Les inconvénients en sont minimes et la toxicité nulle aux doses conseillées.

Les contre-indications sont inexistantes si l'on évite d'utiliser le traitement picrique à la phase suraiguë des affections.

C'est un procédé de traitement qui s'est montré particulièrement efficace dans les endocervicites blennorragiques et puerpérales, où il ne donne pas de réactions annexielles et n'amène jamais d'atrésie cicatricielle du col.

Sans vouloir faire de l'acide picrique une panacée, on doit conclure qu'il ne mérite pas l'oubli injuste dans lequel il était tombé, et qu'il doit tenir désormais une place très honorable dans la liste des antiseptiques génitaux.

Vu :

Le Président de la Thèse,

J.-L. FAURE.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et CLERC. — Intoxication par l'acide picrique. Eruption cutanée avec éosinophilie (*Gazette heb. de médecine*, Paris, 1900).
- ALLAN (C.-M.). — A note on a few surgical uses of picric acid (*Brit. M. J.*, Londres, 1897).
- AUBERT. — Traitement de l'eczéma par l'acide picrique (Thèse de Paris, 1897).
- BARRET (R.). — Use of picric acid in preparation of vagina and pelvic floor in obstetric cases (*S. Clinic N. America*, avril 1925).
- BEGOUIN et PAPIN. — *Précis de pathologie chirurgicale*, tome V (année 1928).
- BERTHELOT. — *Annales de physique et de chimie*, 6^e série, tome XVI.
- BOYER et GUINARD. — *Bulletin médical* (janvier 1895).
- BRENNAN. — Quelques usages de l'acide picrique (*Revue Médicale du Canada*, Montréal, 1902).
- BROWN (E.-D.). — Experiments on the toxicity of picric acid on the frog and on the rabbit (*J. Pharmacology and Exper. Ther.*, 1920).
- BROWN (T.-F.). — The use of picric acid in surgery (*Lancet*, London, 1916).
- BRUN. — L'uso dell'acido picrico in terapia (*Gaz. d. osp.*, Milano, 1912).
- CERASI. — *Gaz. médi. di Roma* (1889).
- CHAPUIS (A.). — *Précis de toxicologie chimique et physiologique* (année 1896).
- CHÉRON (J.). — Compte rendu du congrès de Bruxelles, 1896. Propriétés antiseptiques de l'acide picrique (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1895).
- COLGUHOU (K.-G.). — Note of caution of use picric acid solution as dressing for burns (*M. J. Australia*, 1928).
- COURTELLEMONT. — L'acide picrique en clinique (*Gaz. heb. de méd.*, Paris, 1897).
- CURIE et VIGIER. — *Bulletin de la Société de Thérapeutique* (novembre 1896).
- DAKHYL. — Contribution critique à l'étude du traitement des brûlures (Thèse de Paris, 1898).
- DARIER. — *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* (janvier 1897).
- DEBACQ. — De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique (Thèse de Paris, 1898).
- DENNIE (C.), W. MAC BRIDE et DAVIS (E.). — Toxic reactions produced by application of trinitrophénol (*Arch. Dermat. et Syp.*, novembre 1929).
- DEYSINE et VIRON. — *Recueil de Médecine vétérinaire* (année 1897).

- DOUAY (E.). — 1° *Le Journal Médical Français* (n° 3, mars 1926).
 — 2° Endocervicite (*Gynécologie et Obst.*, 1921).
 — 3° *La consultation journalière de gynécologie* (année 1928).
- DRAGENDORF. — *Traité de toxicologie* (année 1886).
- DUJARDIN-BAUMETZ. — *Dictionnaire thérapeutique* (année 1892).
- EHRENFRIED (A.). — Picric acid and its surgical applications (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1911).
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* (année 1928).
- FEDER. — Quantitative Bestimmung der Pikrinsäure (Berlin, 1906).
- FILLEUL. — Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique (Thèse de Paris, 1894).
- FORGUE (E.). — *Précis de pathologie externe* (année 1928).
- FORGUE et MASSABAU. — *Traité de gynécologie* (année 1916).
- FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*.
- GAUCHER. — *Société médicale des Hôpitaux* (1897).
- GOODALL (J.-R.). — Trichomonas vaginalis simple and effective treatment (picric acid) (*Canad. M. A. J.*, sept. 1931).
- GUILLAIN et PECKER. — Paralysie oculaire au cours d'une intoxication par l'acide picrique (*Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1916).
- GRIMAUZ (Ed.). — *Traité de chimie* (année 1889).
- HALLOPEAU et VIELLARD. — Sur une dermite vésiculeuse provoquée par la solution d'acide picrique (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, Paris, 1903).
- HARTMANN. — Le traitement des métrites (*Journal des Praticiens*, 1916).
- HENRIOT et WILM (Ed.). — *Traité de chimie* (année 1899).
- JEANNENEY (G.), ROSSET (M.) et BRESSAUD. — *Formulaire de gynécologie* (année 1929).
- KITTSTEINER. — Ein Beitrag zur Einwirkung der Pikrinsäure auf den Körper und deren Verhütung (Bruschwg, 1902).
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de gynécologie* (année 1914).
- LACROIX et LARMOYER. — *Archives internationales de laryngologie* (1897).
- LARUE. — Traitement des brûlures par le salol camphré (Thèse de Paris, 1892).
- LATOUCHE. — *Bulletin de chirurgie* (janvier 1897).
- LESTREICHT. — Action de l'acide picrique sur l'essence de térébenthine (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, t. XII).
- MACHT (D.-I.). — Are picric acid and mercurochrome solutions locally anaesthetics (*Surgery, Gynec. Obst.*, juillet 1928).
- MANQUAT. — *Traité de thérapeutique* (année 1897).
- MERCIER (J.-A.). — Contribution à l'étude de l'acide picrique au point de vue thérapeutique et toxique (Thèse de Bordeaux, 1903).
- MONOD. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1897).
- MONOD. — *Traité de médecine et de chirurgie* (année 1908).
- NASSBAUM. — 1° *Société de biologie* (compte rendu de la séance du 10 juin 1893).
 — 2° *Société médicale des Hôpitaux* (*Bulletin*, mai 1897).
 — 3° *Société de chirurgie* (*Bulletin et Mémoires*, janvier 1898).
- OGIER. — *Traité de chimie toxicologique* (année 1895).
- OPPENHEIMER. — Picric acid in surgical conditions (*Internat. J. Surg.*, New-York, 1920).

- PAPAZOGLOU. — Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique (Thèse de Paris, 1896).
- PIERRIDES. — Traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique (Thèse de Paris, 1898).
- POUCHET. — *Leçons de pharmacologie* (année 1900).
- RAMOND (L.). — *Conférence de clinique médicale* (t. III et VI).
- RANVIER. — *Traité technique d'histologie* (année 1897).
- ROBERT. — Etude clinique et thérapeutique sur l'acide picrique (Thèse de Montpellier, 1897).
- ROLANDO (S.). — Sui pericoli dell'uso terapeutico dell'acido picrico (*Minerva méd. Torino*, 1924).
- ROSSIGNOL. — Travaux signalés par THIÉRY (*Gaz. des Hôpit.*, 1898).
- SIREDEY (A.). — 1° Maladies des organes génitaux de la femme (*Nouveau traité de médecine et thérapeutique*, année 1924).
- 2° Traitement des métrites (*Revue générale de chirurgie et thérapeutique*, 1907).
- 3° Traitement des métrites banales (*Semaine des Hôpitaux*, février 1928).
- SOULIER. — *Traité de thérapeutique et de pharmacie* (année 1891).
- TAIX. — L'acide picrique dans le traitement de l'eczéma (Thèse de Montpellier, 1898).
- THIÉRY. — 1° *Progrès Médical* (1895).
- 2° *Gazette des Hôpitaux* (janvier 1896).
- 3° *Gazette des Hôpitaux* (février 1896).
- 4° *Gazette des Hôpitaux* (septembre 1897).
- 5° *Gazette des Hôpitaux* (avril 1898).
- 6° *Gazette des Hôpitaux* (mai 1898).
- 7° *Presse Médicale* (octobre 1898).
- 8° XII^e Congrès de Chirurgie (1898).
- 9° *Sciences et Thérapeutique* (1932).
- VAUGRENTE. — Essai de traitement des ulcères des jambes (Thèse de Paris, 1894).
- VERA REVELIOTTI (Mlle). — L'acide picrique est-il toxique? (Thèse de Paris, 1899).
- VIGNERON. — Du traitement de l'urétrite blennorragique chez la femme, par les injections intra-vésicales d'acide picrique (Thèse de Paris, 1894).
- VIGNES (H.). — Les vaginites à trichomonas vaginalis (*Presse Médicale*, 1932).
- VILLON. — *Dictionnaire de chimie* (année 1899).
- VINETA-BELINARA. — Action de l'acide picrique sur la peau au point de vue médico-légal (année 1900).
- WURTZ. — 1° *Dictionnaire de chimie médicale* (année 1885).
- 2° *Dictionnaire de chimie* (année 1889).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
CHAPITRE I ^{er}	15
CHAPITRE II	39
CHAPITRE III	46
OBSERVATIONS	60
CONCLUSIONS	78
BIBLIOGRAPHIE	79

IMPRIMERIE GÉNÉRALE X. PERROUX ET FILS, MACON
